



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN HOITO

– POTILASTURVALLISUUTTA EDISTÄVÄ TARKISTUSLISTA KÄTILÖILLE

Opinnäytetyö

TEKIJÄ: Jonna Emilia Toivainen, TK11S

| | |
|---|----------------------------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | |
| Työn tekijä Jonna Emilia Toivainen | |
| Työn nimi Matalan riskin synnytyksen hoito – potilasturvallisuutta edistävä tarkistuslista kättilöille | |
| Päiväys 18.10.2014 | Sivumäärä/Liitteet 40/9 |
| Ohjaaja Kättilötyön lehtori Päivi Hoffrén | |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Synnytyssali, Kuopion Yliopistollinen sairaala | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista matalan riskin synnytyksen hoidosta ja tavoitteena oli edistää synnytyksen luonnollista kulkua ja jatkuvaa hoidon ja riskien arviointia, samalla ottaen huomioon potilasturvallisuuden. Lisäksi tarkistuslistan käytöllä pyrittiin helpottamaan kättilön työtä matalan riskin synnytyksen hoitotyössä muistilistan kaltaisena työkaluna sekä erottamaan matalan ja korkean riskin synnytyksen erot. Opinnäytetyön sisältö kerättiin vertailemalla niin suomalaisia kuin kansainvälisiä hoitosuosituksia ja tutkimuksia, sekä kokoamalla niistä yhtenäinen Kuopion Yliopistollisen Sairaalan synnytyssalille sopiva etenemismalli. Tämä opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä.</p> <p>Idea opinnäytetyöhön tuli omasta kiinnostuksesta aihetta kohtaan ja tarpeesta opinnäytetyölle, joka koskee matalan riskin synnytyksen hoitoa. Matalan ja korkean riskin synnytyksen määritelmiä ollaan parhaillaan työstämässä Suomen sairaaloissa, joten työ on tällä hetkellä hyvin ajankohtainen. Lisäksi Suomessa ja monissa muissa maissa on liian rutiininomainen ote hoidettaessa synnytyksiä, ja joskus synnytysten luonnolliseen kulkuun puututaan jopa turhaan. Kuitenkin on tärkeää muistaa synnytyksiä hoidettaessa, että synnytysten tulee olla valvottuja ja potilasturvallisuutta edistäviä. Niin äidille kuin vauvalle on tarjottava paras mahdollinen ja yksilöllinen hoito.</p> <p>Tehty tarkistuslista oli kokeilussa Kuopion Yliopistollisen sairaalan synnytyssalissa kuukauden ajan. Kättilöt saivat tarkistuslistan mukana arviointilomakkeen, jonka mukaisesti heiltä pyydettiin palautetta. Palautteiden jälkeen tarkistuslistaa paranneltiin kättilöiltä saatujen palautteiden perusteella. Tarkistuslista koettiin hyödylliseksi erityisesti hoidon arvioimisessa ja muistilistana sekä työkaluna synnytyksen hoidossa esimerkiksi perehtyjillä ja opiskelijoilla. Tarkistuslista koettiin myös helpottavan huomaamaan eroja matalan ja korkean riskin synnyttäjän välillä sekä pysäytti miettimään hoidon kulkua jo synnytyksen aikana.</p> <p>Jatkossa tämän opinnäytetyön ideaa voisi lähteä työstämään esimerkiksi kättilötyön kehittämistehtävänä, jolloin kyseistä aihetta voisi jatkaa siihen, mihin on jääty ja perehtyä vielä tarkemmin kriteereiden määrittämiseen. Paras ajankohta jatko-työlle olisi silloin, kun Suomeen, ja erityisesti Kuopion Yliopistolliseen Sairaalaan olisi määritelty tarkasti omat viralliset matalan riskin synnytyksen kriteerit. Jatkoideaksi sopii myös osastotuntien ja keskustelutilaisuuksien järjestäminen, sillä aiheesta on monenlaisia mielipiteitä ja niistä keskusteleminen olisi hyvin tärkeää yhtenäisten käytäntöjen toteuttamiseksi.</p> | |
| <p>Avainsanat</p> <p>Matalan riskin synnytys, tarkistuslista, kättilötyö, synnytyksen hoito, potilasturvallisuus</p> | |

| | | |
|---|------------|-----------------------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | | |
| Degree Programme Degree Programme of Nursing | | |
| Author Jonna Emilia Toivainen | | |
| Title of Thesis The care of low-risk labour – a checklist furthering patient-safety for midwives | | |
| Date | 18.10.2014 | Pages/Appendices 40/9 |
| Supervisor Senior lecturer Päivi Hoffrén | | |
| Client Organisation /Partners Maternity ward, The University Hospital of Kuopio | | |
| <p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to create a checklist for the care of low-risk labour. The aim of the thesis was to promote the importance of the natural course of labour and the continuing assessment of care and risks, while keeping in mind patient-safety. Also, the purpose of the checklist was to create a tool to make the work of the midwife easier in the care of low-risk labour, and to classify the differences between low-risk and high-risk labour. The content of the checklist was collected by comparing both Finnish and international studies and guidelines, and putting them together to create a suitable model for care in low-risk labour in the maternity ward of the University Hospital of Kuopio. This thesis was made as a development project.</p> <p>The idea for the thesis came from my own interest, and the need for a thesis covering the subject of low-risk labour. The definitions of low-risk and high-risk labour are currently being outlined in Finland, so the thesis is very timely at the moment. In addition, the manner of caring for labours is too routine-like in Finland, as in many other countries, and sometimes the natural course of labour is unnecessarily interfered with. However, it is important to remember that labour has to be thoroughly supervised, and it has to be promoting patient-safety for both the mother and the baby. Also, they must be offered the best possible individual care.</p> <p>The checklist was experimented in the maternity ward of the University Hospital of Kuopio for one month. The midwives received an assessment form with the checklist, with which they were requested to give feedback. Based on the feedback received from the midwives, the checklist was improved into a more suitable form. The checklist was found to be especially useful in the assessment of care, and as a tool for the care of labour, for example, with students and new workers. The checklist was also found to ease registering differences between the low-risk and the high-risk mother in labour, and reassess the course of care even when labour was going on.</p> <p>In the future, the idea of this thesis could be worked as a development project for midwifery. The project could continue from where this thesis left off, and focus even more specifically on defining the criteria. The best time to start the development project would be when official criteria for low-risk labour have been defined in Finland, especially in the University Hospital of Kuopio. A continuation idea could be to organize ward lectures and group discussions, because the subject raises a lot of different opinions and it is important to discuss them in order to implement unified methods of procedure.</p> | | |
| <p>Keywords</p> <p>low-risk labour, checklist, midwifery, care of labour, patient safety</p> | | |

SISÄLTÖ

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | RASKAUS JA SYNNYTYKS | 8 |
| 2.1 | Raskaus | 8 |
| 2.2 | Synnytys | 8 |
| 2.3 | Synnytyksen käynnistyminen | 8 |
| 2.4 | Synnytyksen vaiheet | 9 |
| 2.4.1 | Avautumisvaihe..... | 9 |
| 2.4.2 | Ponnistusvaihe..... | 12 |
| 2.4.3 | Jälkeisvaihe | 14 |
| 2.4.4 | Kahden tunnin tarkkailu..... | 15 |
| 3 | MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN HOITO | 17 |
| 3.1 | Matalan riskin synnytyksen määritelmä..... | 17 |
| 3.2 | Matalan riskin synnytyksen kriteerit..... | 18 |
| 3.3 | Potilasturvallisuus matalan riskin synnytyksessä..... | 19 |
| 3.4 | Riskien arviointi matalan riskin synnytyksessä..... | 20 |
| 3.5 | Tarkistuslista edistämässä potilasturvallisuutta..... | 21 |
| 4 | OPINNÄYETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE | 23 |
| 5 | OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN | 24 |
| 5.1 | Prosessikuvaus | 24 |
| 5.2 | Aiheeseen perehtyminen | 25 |
| 5.3 | Suunnittelu..... | 25 |
| 5.4 | Toteutus | 26 |
| 5.5 | Raportointi ja arviointi..... | 27 |
| 6 | POHDINTA..... | 31 |
| 6.1 | Oma ammatillinen kasvu | 31 |
| 6.2 | Luotettavuus ja eettisyys..... | 32 |
| 6.3 | Opinnäytetyöprosessin ja tarkistuslistan oma-arviointi | 33 |
| 6.4 | Kehitysideoitu | 34 |
| | LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT | 35 |
| | LIITE 1: ASIASANOJEN HAKEMINEN JA RAJAAMINEN..... | 41 |
| | LIITE 2: TUTKIMUSTAULUKKO | 42 |

| | |
|--|----|
| LIITE 3: TARKISTUSLISTAN ENSIMMÄINEN VERSIO..... | 45 |
| LIITE 4: TARKISTUSLISTA..... | 48 |
| LIITE 5: ARVIOINTILOMAKE..... | 49 |

1 JOHDANTO

Raskaus ja synnytys ovat normaali naisen elämänkaareen kuuluva tapahtuma. Raskaana olevien ja synnyttäjien kanssa työskentelevien tehtävänä on edistää mahdollisimman vähän synnytyksen kulkuun puuttuvaa toimintaa. Säännölliseen eli matalan riskin synnytykseen puuttumisella ilman lääketieteellistä syytä voi olla sekä synnyttäjän että syntyvän lapsen hyvinvointiin jopa negatiivinen vaikutus. Synnytyksen ylihoitaminen myös lisää kustannuksia turhien tutkimusten ja toimenpiteiden vuoksi. On kuitenkin syytä muistaa, että teknologian hyödyntäminen aina tarpeen tullen takaa laadukkaan ja turvallisen raskauden ja synnytyksen hoidon. (Kukko ja Perttu 2013.) Myös Välimäki (2004) tuo esiin teoksessa Etiikka hoitotyössä, että hoitohenkilökunta joutuu jo yksilötasolla miettimään, millä tavalla hoidetaan ilman suuria kustannuksia niin, ettei potilaan hyvinvointi silti huonone. Kuitenkin Leino-Kilpi (2004) toteaa samassa teoksessa, että kättilötyön eettisenä lähtökohtana on, että äiti itse saa päättää ja toivoa mahdollisimman pitkälti synnytykseen kulkuun liittyviä asioita, kuten kivunlievityksen ja synnytysasennon.

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus tuottaa tarkistuslista kättilöille matalan riskin synnytyksen hoitoon. Tarkistuslista sisältää tärkeät, potilasturvallisuuteen ja matalan riskin synnytyksen kulkuun liittyvät riskikohdat niin äidin kuin syntyvän vauvan kannalta. Näitä riskikohtia kättilön tulee synnytystä hoitaessaan huomioida synnytyksen eri vaiheissa ja arvioida hoidon tarve tilannekohtaisesti. Tavoitteena oli tarkistuslistan käytön avulla edistää ja tukea synnytyksen luonnollista kulkua ja potilasturvallisuutta sekä lisätä hoidon jatkuvaa arviointia ja vähentää turhia hoitotoimenpiteitä. Lisäksi tarkistuslistalla haluttiin helpottaa kättilön nopeasti muuttuvaa työtä, kun lähettyvillä on muistilistan kaltainen työkalu. Värynen (2012a) toteaa, että kättilö joutuu ottamaan kantaa nopeasti erilaisiin tilanteisiin ja toimimaan välittömästi havaintojensa ja laajan tietopohjan perusteella. Tällöin vastaava tarkistuslista helpottaa kättilöä seuraamaan tilannetta.

Opinnäytetyössä ei puututtu korkean riskin synnytyksiin, vaan tarkistuslista tuki pelkästään matalan riskin alatiesynnytyksen kulkua. Jos synnytyksen kulku poikkeaisi tarkistuslistan etenemisestä, olisi kyseessä mahdollisesti korkean riskin synnytys tai ainakin hoitavan kättilön tulisi arvioida tilanne uudelleen ja mahdollisesti konsultoida obstetrikkoa eli synnytyslääkärinä tai pediatria eli lastenlääkärinä. Tarkistuslistojen toimivuudesta on tehty tutkimuksia, jotta nähdään, onko niistä todella hyötyä. Yksi selkeä tutkimus löytyy Turun ammattikorkeakoulun opiskelijoiden (Mertanen ja Pitkänen 2013) tekemänä, jossa tuloksissa tulee tätäkin opinnäytetyötä tukevia seikkoja esiin. Tuloksien perusteella tarkistuslistan ansiosta tiimin kommunikaatio parani, vakavat komplikaatiot vähenivät, toimenpiteisiin valmistauttiin paremmin ja lopputulokset ja kirjaaminen paranivat.

Opinnäytetyössä käytettiin käsitettä matalan riskin synnytys eikä normaali synnytys, koska matalan riskin synnytykselle on olemassa tietyt kriteerit. Normaalille synnytykselle taas on olemassa monta erilaista tulkintatapaa, eikä se näin ollen ole virallisesti käytettävä termi. Myöskään säännöllinen synnytys ei sopinut käytettäväksi termiksi, sillä tällä hetkellä ollaan valtakunnallisesti luomassa kriteerit juuri matalan riskin synnytykselle. Lisäksi synnytykset pyritään jakamaan matalan ja korkean riskin synnytyksiksi oikean hoidon saamiseksi.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttivat aiheen ajankohtaisuus, oma kiinnostus aihetta kohtaan sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan synnytyssalin tarve potilasturvallisuutta ja matalan riskin synnytyksen määritelmää koskevaan opinnäytetyöhön. Synnytyssalille oli muutama vuosi aiemmin tehty säännöllisen alatiesynnytyksen eli matalan riskin synnytyksen turvallisuutta koskeva opinnäytetyö, joka oli toteutettu mm. kättilöitä haastattelemalla (Myöhänen, Rintala ja Turunen 2009). Tähän opinnäytetyöhön haluttiin erilainen, kliinisempi näkökulma, ja näin ollen synnytyssalin osastonhoitajan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta syntyi idea tarkistuslistasta, joka sisältää tärkeät, potilasturvallisuuteen ja hoidon arvioimiseen liittyvät asiat, mitkä kättilön tulee synnytystä hoitaessaan huomioida.

Tilaajana toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan synnytyssali ja yhteyshenkilöitä olivat osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Lisäksi yhteistyötä tehtiin lapsivuodeosaston kanssa, jonka yhteyshenkilönä toimi osastonhoitaja.

2 RASKAUS JA SYNNYTYYS

2.1 Raskaus

Normaali raskaus kestää keskimäärin 280 vuorokautta eli 40 viikkoa. Normaaliin raskauteen liittyy monia fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia, jotka ovat täysin luonnollisia ja kuuluvat asiaan. Fyysisiä muutoksia ovat esimerkiksi kohdun kasvu, painon nousu, hormonierityksen muutokset sekä erilaiset raskausaikaan kuuluvat tyypilliset vaivat, kuten närästys, suonikohjut, alkuraskauden pahoinvointi ja kivuttomat, ns. harjoitussupistukset. Fyysisten muutosten avulla odottajan keho valmistautuu synnytykseen ja psyykkisten muutosten myötä työstetään tulevaa vanhemmuutta. (Sariola ja Tikkanen 2011, 308–31; Tiitinen 2013b.) Neuvolassa pyritään normaalien raskauksien joukosta seulomalla löytämään jollain tavalla poikkeavat eli riskiraskaudet (esim. raskausdiabetes), jotta niiden kulkuun voidaan tarvittaessa puuttua ajoissa. Lisäksi pyritään edesauttamaan turvallisen raskauden eteneminen niin äidin kuin sikiön kannalta. (Sariola ja Tikkanen 2011, 308–31; Väyrynen 2012b, 182.)

2.2 Synnytys

Syntymä on seuraus monimutkaisesta prosessista, johon vaikuttavat äiti, sikiö, istukka, skiökalvot, kohdunkaula ja kohtulihaks. Tarkkaa syytä, miten prosessi käynnistyy luonnollisesti juuri oikeaan aikaan, ei varsinaisesti tiedetä. (Raivio 2011, 127.)

Kyseessä on kriteerit täyttävä synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 g (Sariola ja Tikkanen 2011, 315). Kätilöopiston sairaalan entinen ylilääkäri, professori Keijo Soiva määrittelee synnytyksen seuraavasti: synnytyksellä tarkoitetaan hedelmöityksen tuotteiden eli sikiön, istukan ja kalvojen poistumista kohdusta ulkopuoliseen ympäristöön (Raussi-Lehto 2012a, 209). Normaali, täysiaikainen synnytys tapahtuu 38.–42. raskausviikolla ja se alkaa joko lapsiveden menolla tai supistuksilla (Sariola ja Tikkanen 2011 315). Synnytyksen aikana seurataan äidin ja sikiön vointia häiriöiden tunnistamiseksi. Suomessa lähes kaikki synnytykset tapahtuvat sairaaloissa. Normaalit alatiesynnytykset hoitaa kätilö. Ongelmien ilmaantuessa tai toimenpiteitä tehtävissä synnytyksissä mukana on myös lääkäri. (Tiitinen 2013a.)

2.3 Synnytyksen käynnistyminen

Synnytys katsotaan käynnistyneeksi, kun säännölliset supistukset ovat kestäneet kahden tunnin ajan ja jatkuvat keskeytymättä aina lapsen syntymään saakka (Raussi-Lehto 2012a, 211). Synnytys käynnistyy joko supistuksilla tai lapsiveden menolla. Ennen synnytyksen varsinaista käynnistymistä kohdunkaula kypsyy vähitellen muutaman päivän tai viikon ajan. Tällöin kohdunkaula lyhenee ja häviää, ja synnytyksen käynnistyessä kohdunsuu on usein

jo sormelle auki. Ensisynnyttäjällä kohdunkaula häviää aina ensin ennen kuin kohdunsuu lähtee avautumaan, mutta uudelleensynnyttäjän kohdunsuu saattaa olla jopa 2-3 cm auki ennen kohdunkaulan häviämistä. Synnytyksen käynnistymiseen liittyy myös limainen vuoto eli limatulpan irtoaminen. Limaa erittyy kohdunkaulan kypsyessä sen rauhasista. (Sariola ja Tikkanen 2011 315–316.)

Synnytyksen käynnistymisen perussyitä ei ole pystytty selvittämään, mutta tiedetään, että se liittyy istukan tuottaman kortikotropiinin vapauttajahormonin (CRH) erittymiseen. Äidin ja sikiön veren plasmassa oleva CRH-pitoisuus nousee koko raskauden ajan ja on huipussaan synnytyksen alkaessa. CRH-tuotannon kasvuun ja supistusten alkamiseen vaikuttavat monet tekijät: kohdun kasvu ja venytys, kohtulihaksen estrogeenipitoisuuden lisääntyminen suhteessa progesteronipitoisuuteen, oksitosiinireseptoreiden määrän lisääntyminen kohdussa sekä prostaglandiinisynteesin lisääntyminen kohdunkaulassa, katokalvossa ja sikiökalvossa. Raskauden viimeisten viikkojen aikana kohdun supistusherkkyyys yleensä lisääntyy. Varsinaiset synnytyssupistukset tulevat alussa vähintään 10 minuutin välein ja tihenevät ja napakoituvat synnytyksen edetessä. Näiden supistusten aikana kohtu kovettuu 45–60 sekunniksi. (Sariola ja Tikkanen 2011 315–316.)

Synnytyksistä 6-19 % käynnistyy lapsivedenmenolla eli sikiökalvojen puhkeamisella. Noin 70 %:lla naisista supistukset alkavat 24 tunnin kuluessa lapsiveden menosta. Lapsiveden menon jälkeen kohtuontelon ja emättimen välille muodostuu suora yhteys, jolloin myös kohtutulehduksen riski kasvaa. (Sariola ja Tikkanen 2011:317.)

2.4 Synnytyksen vaiheet

Synnytys jaetaan neljään eri vaiheeseen eli avautumis-, ponnistus-, jälkeis- ja tarkkailuvaiheeseen. Ensimmäinen eli avautumisvaihe katsotaan alkaneeksi säännöllisistä supistuksista ja päättyneeksi, kun kohdunsuu on täysin auki. Toinen eli ponnistusvaihe alkaa siitä, kun kohdunsuu on täysin auki ja päättyy lapsen syntymään. (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011.) Kolmas eli jälkeisvaihe tarkoittaa lapsen ja jälkeisten eli istukan ja kalvojen syntymisen välistä aikaa. Neljäs eli tarkkailuvaihe alkaa jälkeisten syntymästä ja päättyy kahden tunnin kuluttua, jolloin tehostettu tarkkailuvaihe ei ole enää tarpeen. Äiti ja lapsi siirtyvät tämän kahden tunnin tarkkailuvaiheen jälkeen synnytyssalista lapsivuodeosastolle. (Raussi-Lehto 2012a, 210.)

2.4.1 Avautumisvaihe

Avautumisvaihe katsotaan alkaneeksi, kun kohtu supistelee säännöllisesti vähintään 10 minuutin välein ja kohdunsuu alkaa supistusten voimasta avautua. Avautumisvaihe jaetaan

latenssiin ja aktiiviseen vaiheeseen. Latenssivaiheessa synnyttäjä tuntee supistukset epä-säännöllisempinä ja heikompina aktiiviseen vaiheeseen verrattuna. Tuolloin kohdunkaula vähitellen pehmenee, lyhenee ja lopulta häviää sekä kääntyy takaa johtoviivan suuntaisesti. Latenssivaihe voi kestää ensisynnyttäjällä jopa kaksi vuorokautta, uudelleensynnyttäjällä tämä vaihe on lyhempi. Aktiivinen vaihe alkaa yleensä, kun kohdunsuu on avautunut 3–4 cm. Supistukset tihenevät, voimistuvat ja pidentyvät. Sikiön pää alkaa kiertyä ja laskeutua synnytyskanavassa. Ensisynnyttäjällä avautumisvaihe kestää keskimäärin 10 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä 6 tuntia. Avautumisvaihe päättyy, kun kohdunsuu on 10 cm auki. (Sariola ja Tikkanen 2011 317.)

Avautumisvaiheen kätilötyöhön kuuluu synnyttäjän hoito ja tarkkailu sekä synnytyksen edistymisen ja sikiön voinnin seuranta. Myös synnytyskivun seuranta ja hoito on oleellinen osa synnytyksen avautumisvaiheen hoitoa. Synnyttäjän vointia tarkkaillaan mittaamalla hänen verenpainetta, pulssia ja lämpöä. Synnyttäjän perustarpeista pidetään huolta, riittävästä nesteiden ja ravinnonsaannista huolehditaan. Virtsarakon täyttymistä ja virtsaamisen onnistumista tulee myös seurata. Tarvittaessa katetroidaan, koska täysi virtsarakko voi vaikeuttaa sikiön laskeutumista synnytyskanavassa. (Raussi-Lehto 2012c, 236–252; The Joanna Briggs Institution 2013a.)

Kätilö tarkkailee synnytyksen etenemistä ulko- ja sisätutkimuksen avulla. Hän seuraa supistusten tiheyttä, kestoa ja voimakkuutta, kohdunsuun aukeamista, tarjoutuvan osan laskeutumista synnytyskanavassa sekä sikiön tarjontaa. (Sariola ja Tikkanen 2011, 321.) Supistusten tarkkailu on erityisen tärkeää, koska ne vaikuttavat kohdun verenkiertoon ja sitä kautta sikiöön ja tämän hapensaantiin. Sikiön voinnista kertovat ensisijaisesti hänen sydämen syke, liikkeet ja lapsiveden väri. (Raussi-Lehto 2012c, 236–252.) Sikiön sykettä ja äidin supistuksia seurataan kardiotokografilla. Kardiotografia (KTG) onkin Suomessa totuttu ja lähes aina synnytyksissä käytettävä seurantamenetelmä, jolla saadaan tietoa vauvan voinnista synnytyksen aikana ja ennen synnytystä. (Timonen 2007, 123.)

Avautumisvaiheen kivunhoito aloitetaan luonnonmukaisilla eli kätilötyön kivunlievitysmenetelmillä. Näitä ovat esimerkiksi oikeanlainen hengitystekniikka, asennot ja liikkuminen, vesi (suihku, amme, aquarakkulat), lämpö ja hieronta. Oikeanlainen hengitystekniikka auttaa synnyttäjää rentoutumaan ja keskittymään. Edellä mainitut voivat vähentää synnytyskipua. Rentoutumisen apuna voi käyttää musiikkia tai mielikuvaharjoituksia. Asentohoidon ja liikumisen merkitys on erittäin suuri koko synnytyksen ajan. Hengitys ja verenkierto toimivat tehokkaasti liikkeellä ollessa. Pystyasennossa sikiön tarjoutuva osa painaa kohdunkaulaa nopeuttaen kohdunsuun avautumista. Pystyssä ollessa myös kohdun verenkierto on parempi kuin makuuasennossa, jolloin sikiön hapensaanti paranee. Vesi rentouttaa lihaksia ja

näin edistää synnytystä. Tutkimusten mukaan veden käyttö vähentää lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien tarvetta. Veden käytöstä ei terveelle synnyttäjälle ole haittaa eikä se myöskään lisää episiotomioita tai repeämiä. (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011.) Lämmin suihku on erinomainen alkuvaiheen kivunlievityskeino, mutta ammeen käyttö liian varhain voi tutkimusten mukaan kuitenkin olla yhteydessä synnytyksen pitkittymiseen ja lisääntyneeseen epiduraalipuudutuksen ja oksitosiinin käytön tarpeeseen. Myös hieronnalla on lihaksia rentouttava vaikutus. (Raussi-Lehto 2012c, 236–252.)

Jos synnyttäjä ei saa lääkkeettömistä kivunlievityksistä riittävää apua, on syytä arvioida tilannetta ja mahdollisesti siirtyä lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin (Sariola ja Tikkanen 2011, 322). Lääkkeellisiä vaihtoehtoja ovat ilokaasu, erilaiset kipulääkkeet ja puudutukset, kuten epiduraali-, spinaali-, paraservikaali- ja pudendaalipuudutus (Tiitinen 2013c).

Tutkimusten mukaan lääkkeellisillä kivunlievitysmenetelmillä on vaikutusta supistustoimintaan ja synnytyksen kestoon. Synnyttäjän liikkumista voidaan joutua rajoittamaan ja lääkkeellisten menetelmien sivuvaikutusriskin vuoksi synnyttäjän ja sikiön vointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Raussi-Lehto 2012c, 248–252) Ilokaasu on kuitenkin turvallinen ja tehokas vaihtoehto oikein käytettynä, koska se ei vaikuta haitallisesti sikiöön tai supistuksiin. Hyvänä puolena on myös se, että synnyttäjä voi maskiin hengittämällä annostella ilokaasua itselleen sopivan määrän. Erilaiset lihakseen pistettävät tai suoneen annosteltavat lääkeaineet (petidiini, litalgiini, fentanyl) vaikuttavat sikiön hengitykseen ja sydämen sykekäyrän vaihteluun. Petidiini voi myös vaikuttaa negatiivisesti vauvan imemisrefleksiin. Epiduraali- ja spinaalipuudutus ovat tehokkaita kivunhoitomenetelmiä, mutta sivuvaikutuksena ne laskevat synnyttäjän verenpainetta. Paraservikaalipuudutuksessa puudutusaine kulkeutuu istukan kautta sikiön verenkiertoon ja saattaa aiheuttaa sikiölle ohimenevää bradykardiaa ja asidoosia. (Raussi-Lehto 2012c, 248–252; Tiitinen 2013c.)

Edellä mainittuja puudutuksia käytetään avautumisvaiheen kivunlievityksenä, mutta pudendaalipuudutus voidaan laittaa myös ponnistusvaiheen kivunhoidoksi. WHO:n mukaan synnytys ei ole matalan riskin synnytys, jos siinä on käytetty puudutuksia kivunlievityskeinona. Tämä perustellaan sillä, että tuolloin synnyttäjä ja sikiö tarvitsevat erityistä tarkkailemista. (Raussi-Lehto 2012c, 252.)

Stakesin tilastotiedotteen mukaan vuosina (2008–2009) synnytyksen aikainen kivunlievitys on Suomessa kattavaa. Alakautta synnyttäneistä 90 % ja ensisynnyttäjistä 96 % sai kivunlievitystä synnytyksen aikana. Yleisin yksittäinen menetelmä oli ilokaasu (54 % kaikista synnyttäjistä ja ensisynnyttäjistä 63 %). Erilaiset puudutteet eli spinaali- epiduraali- ja yhdistetty spinaaliepiduraalipuudute olivat myös lisääntyneet (61 % kaikista synnyttäjistä ja

78 % ensisynnyttäjistä jatkuvasti), joista yleisimpänä epiduraalipuudutus. (Gissler ja Vuori 2010, 1.)

2.4.2 Ponnistusvaihe

Ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on 10 cm eli täysin auki eikä kohdunsuun reunoja enää sisätutkimusta tehdessä ole tunnettavissa (Sariola ja Tikkanen 2011, 319). Kätilön tulisi olla läsnä ja synnyttäjän tukena ponnistusvaiheen aikana, koska se ilmeisesti vähentää välilihan repeäminen syntymistä ja episiotomian todennäköisyyttä sekä pihti- ja imukupisynnytyksiä (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011). Kätilön tulee tarkkailla äidin jaksamista ja vointia (esim. verenpaineita). Lisäksi äitiä tulee kannustaa ja ohjeistaa hänelle sopivalla tavalla. Edistymisestä tulee myös kertoa äidille kannustamismielessä. (The Joanna Briggs Institution 2013b.)

Synnytyksen ponnistusvaihe sisältää ns. passiivisen laskeutumis- eli siirtymävaiheen sekä aktiivisen ponnistamisen vaiheen. Siirtymävaiheessa kohdunsuu on täysin auki, mutta tarjoutuva osa on vielä korkealla synnytyskanavassa tai sikiön lakisauma ei ole vielä suorassa mitassa. Sikiön pää tekee tässä vaiheessa synnytysmekanismeihin kuuluvan sisärotaation. Siirtymävaiheessa synnyttäjällä ei ole ponnistamisen tarvetta heti, vaan se tulee sikiön laskeutuessa synnytyskanavassa. (Raussi-Lehto 2012c, 253–259; Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011.) Ponnistamisentarve tuntuu etenkin supistuksen aikana, kun sikiön pää alkaa painaa peräsuolta (Sariola ja Tikkanen 2011, 319). Siirtymävaiheessa aktiivista ponnistamista ei voi vielä aloittaa, mutta synnyttäjä voi ähkäillä omien tuntemustensa mukaan, sen verran, että oma olo helpottuu. Siirtymävaiheessa suositeltavia asentoja ovat esimerkiksi istuma-asento synnytysjakkaralla, kyykky-, konttaus- ja kylkiasento tai seisoma-asento. (Raussi-Lehto 2012c, 254.)

Aktiivista ponnistusvaihetta ennakoivia merkkejä ovat muutokset synnyttäjän olemuksessa: kasvojen ilmeet muuttuvat, hengitys voimistuu, synnyttäjä voi äännellä voimakkaasti ja hänelle tulee pakonomainen tarve ponnistaa (Raussi-Lehto 2012c, 253). Kätilön tulisi odottaa rauhassa tarjoutuvan osan laskeutumista ennen aktiiviseen ponnistamiseen siirtymistä, koska tarjoutuvan osan passiivisen laskeutumisen on todettu edistävän spontaania synnytystä ja vähentävän riskiä imukuppi- ja pihtisynnytykseen sekä peräaukon sulkijalihaksen repeytymiin. Todennäköisyys synnytykseen puuttumiseen vähenee ja ponnistusaika lyhenee. (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011.) Aktiivisen ponnistamisen aika on vasta silloin, kun sikiön pää painaa selvästi välilihaa. Tuolloin myös kohdunsuun tulee olla täysin auki, sikiön pää matalalla loukossa (korkeus vähintään +2), lakisauman suorassa mitassa ja tarjoutuvan osan näkyvissä. Kätilön tulee tunnistaa oikea aika aktiiviselle ponnistamiselle, jotta

synnyttäjää ei väsyisi aloitettuaan ponnistamisen liian aikaisin. (Raussi-Lehto 2012c, 253–254.)

Hyviä asentoja synnyttäjälle aktiivisessa ponnistusvaiheessa ovat muun muassa istuma-asennot synnytystuolissa tai -jakkaralla, kyykky- tai konttausasento, kylki- tai seisoma-asento tai puoli-istuva asento sängyllä (Raussi-Lehto 2012c, 253–259). Ryttyläinen-Korhosen ym. laatimassa hoitotyön suosituksessa välilihan repeämien ehkäisyksi (2011) suositellaan kannustamaan synnyttäjää ponnistusvaiheessa kylkiasentoon, koska se saattaa ehkäistä välilihan repeämiä. Suosituksessa todetaan myös, että selinmakuuta tulisi välttää ja synnyttäjää tulisi rohkaista kyykkyasentoon varauksella, koska nämä asennot saattavat lisätä välilihan repeämiä. Seisaallaan synnyttämisestä he eivät löytäneet riittävästi tieteellistä tutkimusnäyttöä, joten suositusta ei voitu antaa.

Yleensä synnyttäjä tuntee vaistomaisesti milloin ja kuinka pitkään hänen tulee ponnistaa. Tehokas ponnistaminen luonnistuu usein ilman aktiivista ohjaamista. Spontaani ponnistaminen on ohjattua ponnistamista suositeltavampaa, koska ohjattuun ponnistamiseen kuuluva äidin hengityksen pidättäminen vaikuttaa sikiön hapetukseen negatiivisesti. (Raussi-Lehto 2012c, 254.) Spontaani ponnistamisen ja Valsalva-metodin eli ohjatun ponnistamisen vaikutuksista välilihan repeämien ehkäisyssä on ristiriitaista näyttöä. Spontaani ponnistaminen eli omien tuntemusten mukaan työntäminen saattaa vähentää välilihan traumoja, joten kättilö voi tilannekohtaisesti rohkaista synnyttäjää spontaaniin ponnistamiseen. Valsalva-metodilla ponnistaminen ilmeisesti ennustaa välilihan traumaa ensimmäisessä alatiesynnytyksessä, mutta muuten välilihan trauman ilmaantuvuudessa ei ole eroa verrattaessa Valsalvaa ja spontaania ponnistamista. (Ryttyläinen-Korhonen 2011.)

Sikiön vointia seurataan ponnistusvaiheessa kuuntelemalla sikiön sydänääniä aina supistusten välillä. Varhaiset, supistuksen aikaiset hidastumat sydänäänissä johtuvat sikiön pään kohdistuvasta paineesta synnytyskanavassa laskeutuessa ja kuuluvat asiaan. Supistusten välillä sykkeen tulee olla normaalia, ns. myöhäiset, supistuksen jälkeiset hidastumat sydänäänikäyrässä kertovat sikiön mahdollisesta ahdinkotilasta. Tällöin äidille tulee antaa happea ja kutsua tarvittaessa synnytyslääkäri paikalle tekemään tilannearviota. (Raussi-Lehto 2012c, 254–255.)

Ponnistusvaiheen hoidosta on ympäri maailmaa erilaisia näkemyksiä ja hoitokäytäntöjä. Näitä ovat esimerkiksi välilihan tukeminen ja hierominen, ns. ponnistussuunnan näyttäminen sekä kohdunpohjasta painaminen ja episiotomian leikkaaminen. Suomen kättilöliiton työryhmän laatimassa hoitosuosituksessa ”Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa” (2011) todetaan välilihan tukemisen tekniikoista seuraavaa: sikiön pään syntymisnopeutta tulee

kontrolloida siten, ettei sikiön pää synny liian nopeasti eikä pään luonnollisia kiertoliikkeitä estetä, koska ne saattavat ehkäistä repeämien syntymistä.

Suomen synnytyskulttuuriin kuuluu vahvasti aktiivinen välilihan tukeminen ja Suomessa peräaukon sulkijalihaksen repeämien määrät ovat matalat, joten välilihaa tulisi tukea ponnistusvaiheessa esimerkiksi suomalaisella, perinteisellä kahden käden tukemistekniikalla. Se saattaa vähentää repeämien syntymistä, vaikka välilihaa tukevan käden merkityksestä peräaukon sulkijalihaksen repeämän ehkäisyssä ei olekaan selkeää tutkimusnäyttöä. Samassa suosituksessa työryhmä toteaa, että välilihan hierominen ei ole tarpeellista ponnistusvaiheen aikana, koska sillä ei ilmeisesti ole vaikutusta repeäminen syntymiseen tai ehkäisyyn. Raskauden loppuvaiheessa ensisynnyttäjiä voi kuitenkin ohjata hieromaan välilihan aluetta säännöllisesti öljyillä tai liukasteilla, koska sen todettu ilmeisesti vähentävän välilihan leikkaamisen todennäköisyyttä. Samassa hoitotyön suosituksessa todetaan myös, että välilihan venyttäminen, pyörittäminen tai ns. suunnan näyttäminen ponnistusvaiheessa saattaa olla tehotonta välilihan repeämien ehkäisyssä, mutta siitä puuttuu luotettava näyttö. Kohdun pohjasta painaminen saattaa lisätä välilihan repeämiä, joten sitä olisi syytä välttää. Episiotomian leikkaamista tulisi ensisijaisesti välttää, koska välilihan vaurioitumattomuus on silloin todennäköisempää. Jos episiotomia kuitenkin joudutaan leikkaamaan, se tulisi tehdä lateraalisesta synnyttäjän oikealle puolella, kello seitsemän-kahdeksan kohdalle. Mitä enemmän leikkaus suuntautuu peräaukkoa kohti, sitä suurempi on repeämäriski. (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011.)

2.4.3 Jälkeisvaihe

Heti syntymän jälkeen lapsi kuivataan lämmönhukan estämiseksi. Hänen yleisvointinsa arvioidaan apgar-pisteillä yhden ja viiden minuutin iässä. Napavaltimosta otetaan näyte, josta määritetään vastasyntyneen pH (tulisi olla suurempi kuin 7,14). Hengityksen tulisi käynnistyä 30–60 sekunnin sisällä syntymästä. Lapsi tarkastetaan ulkoisesti, ja napanuora katkaistaan. Synnytyshuoneessa tulee varmistua siitä, että lapsen oma hengitys on riittävää ja että sydän ja verenkierto toimivat normaalilla tavalla. Jos perhe jää hetkeksi yksin, on kättilön varmistettava, että he osaavat ja jaksavat seurata vastasyntyneen vointia ja hälyttää tarvittaessa apua. Vastasyntynyt tulisi tarkkailla järjestelmällisesti myös ensi elinpäivien ja viikkojen ajan, koska adaptaatiovaihe on lapselle hyvin herkkää aikaa. (Luukkainen 2011, 327, 330.)

Jälkeisvaihe voi olla synnyttäjälle riskialtista aikaa: uhkana voi olla esimerkiksi synnytysten jälkeinen verenvuoto. Kättilön tulee tukea äidin vointia ja edesauttaa kohdunsupistumista. Esimerkiksi lihakseen pistettävää tai suoneen annettavaa oksitosiinia käytetään kohdun su-

pistumiseen. Jälkeisten syntyminen tulee olla spontaania ja istukan irtoamista tulee odottaa rauhassa, ettei jälkeisiin tule repeämisiä. Istukan syntymisen ajankohta tulee merkitä ylös. Kuten myös verenvuodon määrä ja laatu tulee merkitä tarkasti ja seurata koko jälkeisvaiheen ajan. (The Joanna Briggs Institution 2013c; Raussi-Lehto 2012c, 262–264.) Istukka irtoaa yleensä noin 5-10 minuutin kuluttua lapsen syntymästä. Istukan irtoamisen merkkejä ovat kohdun koon ja muodon muuttuminen, napanuoran ulospäin valuminen supistuksen aikana sekä emättimen lorahtusmainen verenvuoto. (Raussi-Lehto 2012c, 262–264.) Äitiä tulee fyysisen jaksamisen ja voinnin lisäksi tukea myös henkisesti ja kertoa, mitä jälkeisvaiheeseen kuuluu sekä miten asiat etenevät, jotta jälkeisvaihe saadaan onnistuneesti loppuun (The Joanna Briggs Institution 2013c).

Matalan riskin synnytykseen kuuluu jälkeisten spontaani synnytys ja tämän toteutumista tulisi kätilön edistää, sillä sen on todettu tutkitusti vähentävän verenvuotoa. Uusi-Seelantilaisessa tutkimuksessa matalanriskin synnyttäjistä 1,32 % koki yli 1000 ml verenhukan synnytyksessä. Riski suurelle verenvuodolle (> 1000 ml) jälkeisvaiheessa kasvoi kaksinkertaiseksi niillä synnyttäjillä, joiden istukka ei irronnut luonnollisesti, vaan sen irtoamiseen jouduttiin puuttumaan. (Davis ym. 2011, 98.) Istukan lisäksi myös lapsivesi- ja suonikalvon tulisi syntyä, jotta jälkeiset olisivat täydelliset. Kätilön tehtäviin kuuluu jälkeisten tarkistaminen: kalvoaukon sijainti, kalvojen eheys, istukan täydellisyys ja eheys, napanuoran kiinnittymiskohta, pituus ja kolme suonta sekä jälkeisten paino. (Raussi-Lehto 2012c, 262–264.)

2.4.4 Kahden tunnin tarkkailu

Synnytyksen neljännessä vaiheessa eli syntymän jälkeen, kahden tunnin ajan, kätilö tarkkailee erityisesti äidin elimistön palautumista ja lapsen hyvinvointia. Samalla hän pyrkii tukemaan ja kehittämään perheen varhaista vuorovaikutusta. Muun muassa ensi-imetys ja ihokontakti tapahtuvat syntymän jälkeisten kahden tunnin aikana. Äidin yleisvoinnin lisäksi seurataan kohdun supistumista ja vuotoa. Verenpaine, pulssi ja lämpö kontrolloidaan. Virtsaamisen onnistumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Synnytyksen jälkeen äiti ei välttämättä tunne virtsaamisen tarvetta ja tällöin on vaarana rakon ylivenyntyminen. Täysi rakko voi haitata myös kohdun supistumista. Vastasyntyneelle tehdään ensitarkastus ja ennen synnytysvuodeosastolle siirtymistä tarkistetaan vielä lapsen yleisvointi, hengitys, pulssi ja ääntely sekä lämpö. Tähän vaiheeseen kuuluu myös tarvittavien dokumenttien täyttäminen. (Raussi-Lehto 2012c, 267.)

Vastasyntyneen kohdalla kahden tunnin tarkkailuun olennaista on adaptaatio. Syntymän jälkeinen adaptaatio tarkoittaa niitä muutoksia, jotka tapahtuvat vastasyntyneen elinjärjes-

telmissä ensi minuuttien ja päivien aikana sekä sopeuttavat lapsen elämään kohdun ulkopuolella. Lapsen syntyessä täysiaikaisena kaikki elinjärjestelmät keskushermostoa lukuun ottamatta ovat anatomisesti valmiita. Toiminnallisesti niiden kehitys on kuitenkin vielä keskeneräistä. Hengityksen, keuhkojen ja verenkierron adaptoituminen käynnistyy heti lapsen synnyttyä. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 262; Luukkainen 2011, 327.)

Sikiön verenkierrossa tapahtuu syntymän jälkeen seuraavia muutoksia: napasuonten verenkierto loppuu, keuhkoverenkierto avautuu, vasemman eteisen paine suurenee, oikean eteisen paine pienenee, verenvirtaus foramen ovalen (sydämen eteisten välissä oleva reikä) kautta pienenee sekä verenvirtaus avoimen valtimotiehyen kautta pienenee. Keuhkot ovat olleet lapsiveden täyttämät, mutta lapsen synnyttyä hän henkäisee ne täyteen happirikasta ilmaa. Tällöin keuhkoneste vähenee nopeasti, keuhkojen tilavuus laajenee ja niiden verenkierron vastus laskee. Kuitenkin esimerkiksi munuaisten ja suoliston adaptoituminen ja toiminnan normalisoituminen kestää päiviä ja joiltain osin jopa viikkoja. (Luukkainen 2011, 327.)

Kahden tunnin tarkkailun aikana vastasyntyneeltä mitataan ylä- että alaraajojen happisaturoaatiot, joiden tulisi olla vähintään 95 %. Lisäksi sykettä ja hengitystiheyttä seurataan. Normaalisti vastasyntynyt hengittää minuutissa 40–60 kertaa. Syke taas on normaalisti 120–140/min, mikä riippuu vastasyntyneen vireystasosta. Jos syke on alle 80 tai yli 180, kyseessä on poikkeavuus ja syy tulee selvittää. Huono happisaturoatio taas voi kertoa sydänviasta, joka myös tulee selvittää. Hengityksen onnistumista tuetaan oikeanlaisilla makuuasennoilla ja nenän kautta hengittämisen onnistuminen täytyy varmistaa vastasyntyneen syödessä ja unessa ennen osastolle siirtymistä. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 262.)

Vastasyntyneelle annetaan synnytyksen jälkeen yhden minuutin ja viiden minuutin iässä apgar-pisteet, jossa tarkastellaan sydänsykeä, hengitystä, lihastonusta, ärtyvyyttä ja väriä (Ihme ja Rainto 2014, 300). Jos lapsi saa alle seitsemän pistettä viiden minuutin iässä, katsotaan pisteet vielä 10 minuutin iässä. Lisäksi kätilö tarkastelee vastasyntyneen kauttaaltaan epämuodostumien varalta. Liiallista käsittelyä tulisi kuitenkin välttää. Napanuora katkaistaan sitten, kun syke loppuu napanuorasta, riippuen toki sairaalakohtaisista ohjeista. Napanuora puhdistetaan juuresta ja sidotaan napalengilla. (Raussi-Lehto 2012c, 261.)

3 MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN HOITO

Suomen synnytyssairaalaverkosto elää tällä hetkellä muutosten aikaa. Pieniä synnytysyksiköitä, joissa on tähän asti hoidettu pääsääntöisesti matalan riskin synnyttäjiä, lakkautetaan ja synnytyksiä keskitetään yhä enemmän suuriin synnytysyksiköihin. Tämä on saanut aikaan tarpeen kättilöjohtoisille synnytysyksiköille, synnytystuville, joissa kättilöt itsenäisesti hoitaisivat matalan riskin synnytyksiä. Synnytystupia yritetään nyt parhaillaan saada osaksi suomalaista synnytyksenhoitojärjestelmää. (Kukko ja Perttu 2013.)

Samoin kuin Suomessa, myös Japanissa käydään keskustelua synnytyksen turvallisuudesta. Japanilaisessa tutkimuksessa tutkittiin raskaana olevien ja synnyttävien naisten hoitoa kättilöjohtoisissa yksiköissä ja todettiin, ettei mikään viittaa siihen, että kättilöjohtoinen hoito matalan riskin synnytyksissä olisi turvatonta. (Suzuki ym. 2011, 1046.)

3.1 Matalan riskin synnytyksen määritelmä

Valtakunnallisia matalan riskin raskauden, synnyttäjän ja synnytyksen kriteereitä ei ole vielä virallisesti Suomessa määritelty. Ainoastaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa käynnissä olevassa MARISKI- eli matalan riskin synnytyksen kriteerit -projektissa matalan riskin synnytyksen määritellyt kriteerit löytyvät. (Kukko ja Perttu 2013.) Kriteerien puuttumisen vuoksi esimerkiksi Kättilöliiton laatimassa ponnistusvaiheen hoitosuosituksessa työryhmä kertoo soveltaneensa WHO:n työryhmän (1996) sekä Ruotsin Socialtyrelsenin (2001) määrittelemiä normaalin synnytyksen kriteereitä ja normeja matalan riskin synnytyksen hoidossa. (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011, 7). Kättilöliitto esittääkin, että Suomeen tulisi ensisijassa saada valtakunnalliset matalan riskin synnyttäjän kriteerit ja hoitosuositukset. Kriteerien perusteella voitaisiin jo raskauden aikana suunnitella synnyttäjälle sopivaa hoitoa ja synnytyspaikkaa. (Kukko ja Perttu 2013.)

Tampereen yliopistollinen sairaala on matalan riskin synnytyksen hoidossa ottanut edistysaskeleita muihin Suomen synnytyssairaaloihin verrattuna. Sanna-Kaisa Kukko kartoitti tutkimuksessaan (Kukko 2013b) Tays:n naistentautien ja synnytysten vastuualueella työskentelevien kättilöiden ja lääkäreiden käsityksiä normaalisynnytyksestä ja sen hoitamisesta. Suuri osa (81 %) tutkimukseen osallistuneista oli normaalisynnytyksen määritelmästä yhtä mieltä WHO:n määritelmän kanssa. Tutkimuksessa todettiin, että synnytysten hoito toteutuu pääosin WHO:n suositusten mukaisesti: synnyttäjää kuunnellaan, kipua lievitetään ja synnytystä seurataan kädentaidoin ja teknisin apuvälinein. WHO:n suosituksista poikettiin

mm. seuraavasti: Valsalva-menetelmää käytti 78 % vastaajista, matalan riskin synnyttäjätkin olivat usein ravinnotta ja jopa 21 % vastaajista kertoi käyttävänsä oksitosiinia synnytyksen vauhdittamiseksi tai käynnistämiseksi ilman lääketieteellistä syytä.

3.2 Matalan riskin synnytyksen kriteerit

Matalan riskin synnytykselle ominaisia piirteitä WHO:n suositusten mukaisesti ovat seuraavat: alatiesynnytys tapahtuu raskausviikoilla 37–42, synnytyksen käynnistyessä ja avautumisvaiheen alkaessa riski on matala ja pysyy matalana avautumis- ja ponnistusvaiheen aikana, lapsi syntyy spontaanisti pää tarjoutuvana osana, äidillä ei ole aiempia obstetrisia komplikaatioita eikä sairautta, jolla olisi synnytyksen hoidon kannalta merkitystä. (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011, 7.) Kukko (2013a) tuo taas esiin kättilöpäivillä esittämässään diaesityksessä, että yksisikiöinen raskaus, raskausviikot (rv) 37-41+6, raivotarjonta, tulo-ktg normaali, spontaanisti käynnistynyt synnytys, lapsivedenmeno alle 48 tuntia eikä infektion merkkejä, normaali lapsivesi, äidin BMI alle 35 ennen raskautta, äidin ikä 18–40 (ensisynnyttäjät) ovat matalan riskin synnyttäjän kriteereitä. Mahdollinn gbs-kantajuus (streptokokki-B) myös hyväksytään kriteereihin edellyttäen antibioottiprofylaksiaa. Kuopion yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosaston tekemän hoitosuosituksen mukaan taas lapsivedenmenosta saa olla korkeintaan 18 tuntia (Synnytysosasto 2301, 2014).

Kuopion yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosasto 2301 on alkanut jakamaan perheitä matalamman ja korkeamman hoitoisuuden mukaan. Osasto on määritellyt äidille ja vastasyntyneelle kriteerit, joiden täytyessä perhe kuuluu matalamman hoitoisuuden luokkaan ja heidät sijoitetaan tällöin matalamman hoitoisuuden huoneeseen. Tällöin heidän oletetaan pärjäävän omatoimisemmin. (Synnytysosasto 2301, 2014.)

Jotta äidin matalammin hoitoisuuden kriteerit täyttyisivät, raskauden ja synnytyksen on täytynyt sujua säännöllisesti. Äidillä ei saa olla perussairautta tai lääkitystä, joka vaatisi synnyttäjän erityistarkkailua (Thyroxin-lääkitys ja tasapainossa oleva astma sallitaan). Sosiaalisten asioiden tulee olla kunnossa (äiti 18–40 v., ei päihteiden tai lääkkeiden käyttöä, ei masennusta, ei yksinhuoltaja, ei maahanmuuttaja). Lämmön tulee olla synnytyksen aikana < 38 astetta. Virtsauksen on täytynyt onnistua ennen osastolle siirtymistä, ja synnytyksen jälkeisten verenpaineiden tulee olla < 140/90 mmHg. Yksittäiset korkeammat verenpainearvot sallitaan, jos äidillä ei ole pre-eklampsiaan viittaavia oireita tai löydöksiä. Episiotomia tai pieni repeämä sallitaan. Verenvuodon tulee olla < 1000 ml, kohtu hyvin supistunut synnytyssalissa ja jälkeisten täydelliset. (Synnytysosasto 2301 2014.)

Vastasyntyneen kriteereihin kuuluu muun muassa alatiesyntymä > 37 raskausviikolla. Hänen on täytynyt saada vähintään seitsemän apgarpistettä ja napa-arterian pH:n eli happo-emästasapainon on oltava vähintään 7.10. Lapsen syntymäpainon tulee asettua kasvukäyrälle välille $-2,0$ ja $+2,0$ SD. Lisäksi lapsella ei ole ollut merkittävää synnytyksen aikaista asfyksiaa, ei hypoglykemian riskitekijöitä kuten raskausdiabetes, raskausmyrkytys, monisi-kiöisyys, beetasalpaajalääkitys. Myöskään infektion riskitekijöitä ei saa olla. Näitä ovat varhainen lapsivedenmeno (> 18 h), äidin korionamnioniitti eli kohdun sisäinen bakteeritulehdus, äidin hoitamaton gbs- eli streptokokki-b kantajuus ja vihreä lapsivesi. Vastasyntyneeseen liittyviin kriteereihin kuuluvat myös seuraavat: äidillä ei ole veriryhmävasta-aineita eikä perussairautta tai lääkitystä, joka vaatii lapsen tarkkaa seurantaa, lapsi on imenyt rinnalla synnytyssalissa, hänen hengitystaajuutensa on 40–60 krt/min, sydämen syke on hereillä ja rauhallisena ollessa 100–160 krt/min tasainen ja säännöllinen ja lämpö on normaali ($> 36,3$ C). Myös synnytyksen jälkeen hoitajan tutkimana lapsi on terve ja selällään nukutusohjaus on annettu. (Synnytysvuodeosasto 2301 2014.)

3.3 Potilasturvallisuus matalan riskin synnytyksessä

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaisesti potilasturvallisuus koostuu terveydenhuollossa toimivista periaatteista ja toiminnoista, joiden avulla varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoito-, lääkitys- ja laiteturvallisuus. Hoidon turvallisuus käsittää hoitomenetelmät ja niiden toteuttamisen hallinnan. Lääkehoidossa turvallisuuteen vaikuttavat lääkkeen haittavaikutukset, lääkevalmiste ja pakkausvirheet, lääkehoidon suunnitteluvirheet sekä lääkkeen annon toteutusvirheet. Laiteturvallisuuteen kuuluvat laitteiden käytön osaaminen ja laitteiden säännöllinen huoltaminen. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa ja Pennanen 2011, 13–14.) Terveydenhuoltolain (2010) mukaisesti potilasturvallisuuden tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava turvallista laadukasta ja asianmukaista.

Kätilötyössä potilasturvallisuuden toteuttaminen ei ole kovin helposti määriteltävä asia, sillä potilasturvallisuus kätilötyössä on hyvin moniulotteista, eikä sitä voida pelkästään mitata lääketieteellisillä termeillä ja tilastoilla (Virtanen 2011.) Leino-Kilpi (2009) toteaaakin, että potilasturvallisuus toteutuu silloin, kun potilas saa tarvitsemansa hoidon, josta on mahdollisimman vähän haittaa. Ammattimaisuus, läsnäolo, huomioiminen ja selkeä tiedottaminen potilaalle ja muulle hoitohenkilökunnalle luovat turvallisuuden tunteen potilaalle, mikä onkin osa potilasturvallisuuden perustaa. (Leino-Kilpi 2009, 175, 177.)

Kätilön työssä potilasturvallisuutta edistetään muun muassa kätilön ennakoivalla työotteella, synnyttäjän voinnin seurannalla ja siinä mahdollisesti havaittavilla muutoksilla. Myös

KTG:n lukeminen ja sikiön voinnin seuranta ovat tärkeä osa potilasturvallisuutta. Raportoinnin ja tiedottaminen esimerkiksi vuoronvaihtotilanteissa on oltava selkeää ja tarkkaa. (Raussi-Lehto 2012c, 236–243.) Synnyttäjän ja vastasyntyneen hoito kulkevat monen eri toimijan kautta ja tilanteet ovat usein kiireisiä. Synnytysyksiköissä on tehty useita HaiPro-ilmoituksia eli vaaratilanneilmoituksia potilassiirtoihin liittyvästä vajavaisesta informaatiosta. Prosessin parantamiseksi joissain paikoissa on tehty potilassiirtojen tarkistuslistat. (Tapper 2013, 59.)

Kaiken edellä mainitun lisäksi, koulutuksilla, perehdytyksillä ja oikeanlaisen asenteen omaavalla potilasturvallisuuskulttuurilla on merkitystä, kuten seuraavasta tutkimukestakin käy ilmi. Erityisesti johdon ja organisaation asenne turvallisuuteen koettiin tärkeäksi. Currie ja Richens (2009) tutkivat naistentautien ja synnytysten alueella työskentelevän hoitohenkilökunnan käsityksiä turvallisuuskulttuurista. Päällimmäisiksi turvallisuutta edistäviksi ja parantaviksi tekijöiksi nousivat vaaratilanneilmoitusten asianmukainen tekeminen, turvallisuuden liittyvät koulutukset työntekijöille, esimiehille tarkoitetut koulutukset viestintään liittyen, systemaattinen palaute tehdystä työstä sekä potilasturvallisuuden asettaminen etusijalle organisaatiossa.

3.4 Riskien arviointi matalan riskin synnytyksessä

Raskauden, synnyttäjän ja synnytyksen riskin arviointia tulee tehdä koko raskauden ja synnytyksen ajan. Riski tulee aina arvioida synnyttäjä- ja tilannekohtaisesti. Jos riskitekijöitä ei todeta, synnytystä pidetään matalan riskin synnytyksenä. (Ryttyläinen-Korhonen ym. 2011, 7.)

Yleisesti ajatellen kätilötyön tulee olla laadukasta, mikä sisältää tietoa, vastuuta, eettistä toimintaa ja ammatillista kokemusta (Pajukangas-Viitanen 2004). Riskien arviointi kehittää yleisesti toimintaa laadukkaaksi ja paremmaksi. Tällöin ongelmakohtat voidaan tunnistaa ja niihin voidaan puuttua. Lääkelaitoksen ja Teknillisen tutkimuskeskuksen tekemän Turvallinen hoitoyksikkö -riskienhallintamallin mukaisesti olennaiset osat turvallisessa hoidossa ovat potilas, henkilöstö, laitteet ja organisaatio. Nämä neljä osaa muodostavat yhdessä toiminnallisen kokonaisuuden. Tämä toiminnallinen kokonaisuus jaetaan viiteen osaan: 1. seuranta, 2. tavoitteiden asettaminen, 3. taustatiedot ja mallintaminen, 4. riskianalyysit ja 5. toiminnan kehittäminen. Tämän mallin mukaisesti hoito etenee tarkoituksenmukaisesti ja sitä voidaan tarvittaessa parantaa. (Knuutila 2013,7.)

Yleensä turvallisen hoidon ajatellaan sisältävän ajatuksen ”tehdään kaikki toimenpiteet varmuuden vuoksi”. Tämä ei taas välttämättä ole luonnollista synnytystä ajatellen paras

ratkaisu. Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan synnytyksissä oli liian rutiininomaisesti lääketieteellisiä ja hoidollisia toimenpiteitä, jolloin mm. riskien arviointi jäi vähäisemmäksi. (Buitendijk, Jacobs, Maassen, Martijn, Wensing 2011). Myös ruotsalaisten tekemässä tutkimuksessa kättilöiden dokumentoinnista WHO:n suositusten mukaisesti, löydettiin turhia hoitotoimenpiteitä ja tiettyjä interventioita eli lääketieteellisesti potilaaseen kajoamisia, kuten suonensisäinen nesteytys, jatkuva KTG ja lääkkeellinen kivunlievitys. Nämä olivat peruskäytäntöjä, joita WHO taas ei suosittele automaattisesti käytettävän matalan riskin synnytyksen hoidossa. Tutkimuksessa nostettiin esiin, että kättilöiden aktiivinen riskien arviointi jo tulotilanteessa vaikutti annettavaan hoitoon ja turhien toimenpiteiden vähentämiseen. (Damiati, Kvist, Rosenqvist, Sandin-Bojö 2010.)

Synnyttäjän saapuessa synnytysvastaanottoon, kättilön ensimmäinen tehtävä on arvioida tilanne. Kättilö selvittää tulossyn, tilanteen kiireellisyyden, tulevan synnytyksen kannalta merkitykselliset asiat esitietolomakkeesta tai äitiyskortista. Kättilö myös tekee synnytysvalmistelut ja on vastuussa hoidon jatkuvuudesta. Kiireellisyyttä arvioitaessa oleellisia asioita ovat syy vastaanotolle saapumiseen, raskausviikot, raskauden kulku, mahdollisten edellisten raskauksien ja synnytysten kulku ja synnyttäjän tämänhetkinen subjektiivinen vointi. Sikiön vointi tulee myös tarkistaa. (Raussi-Lehto 2012b, 233.) Synnytysvastaanotossa on hyvä muistaa kättilönä myös se, että äidin mielipiteiden huomioiminen ja mukaan ottaminen synnytyksen suunnittelussa on yksi luonnollista synnytystä ennustavista tekijöistä (Vallimies-Patomäki 2012, 63–64.)

3.5 Tarkistuslista edistämässä potilasturvallisuutta

Erilaisten työkalujen käytöstä tiedottamisessa ja hoidon kulun seuraamisessa, kuten esimerkiksi tarkistuslistasta on apua informaatioissa ja johdonmukaisuudessa. Tarkistuslistoja on kehitelty eri aloille niin lentoliikenteeseen kuin terveysalalle parantamaan turvallisuutta ja vähentämään inhimillisiä virheitä sekä ylipäättään parantamaan prosessin kulkua. Merkittävin hyöty tarkistuslistasta hoitotyössä on ilmennyt kirurgisessa hoidossa, jossa tarkistuslista on tutkitusti vähentänyt leikkauskomplikaatiota ja ehkäissyt riskitilanteita. (Pesonen 2011, 18–20.) Hamilo (2013) on perehtynyt artikkelissaan myös kyseiseen aiheeseen. Hamilo kertoo, että tarkistuslistan käyttö on tutkitusti parantanut leikkaussalien turvallisuutta ja vähentänyt haittatapahtumia ja komplikaatioita jopa kolmanneksen verran verrattuna aikaan ennen tarkistuslistaa. Erityisesti päivystysleikkauksissa tarkistuslistalla on ollut suuri positiivinen merkitys.

Leikkaussalissa käytettävä tarkistuslista on jäänyt pysyäkseen leikkaussalikulttuuriin käyttöön kokeilujen jälkeen. Esimerkiksi leikkaussalissa tapahtuneiden harvinaisten, mutta ikävien virheiden, kuten väärän raajan leikkaamiset ovat ennaltaehkäistyneet tarkistuslistalla. Vaikka tarkistuslistan yksinkertaisuus ja itsestäänselvyys ovat aiheuttaneet pohdintaan, on tarkistuslistan koettu parantavan myös tiimihenkeä. Itsestäänselvyyksien toistelu oli osan henkilökunnan mielestä turhaa, mutta nyt, kun tarkistuslista on ollut käytössä leikkaussalissa ja siitä on todistettusti ollut hyötyä, ovat vastustajatkin muuttaneet mielensä. (Sajimo 2012; Hynynen ja Salmenperä 2013.) Myös Englannissa kehitetty CHAPS-tarkistuslista on esimerkki siitä, miten tarkistuslista edesauttaa turvallista toimintaa, vaikka kyse olisi yksinkertaisestakin asiasta. Tutkimuksen mukaan Englannin opetussairaalassa kehitetyn CHAPS tarkistuslistan käyttö synnytysalin vuoronvaihtotilanteissa osoitti raportoinnin parantuneen. Kätilöiden kokemusten perusteella CHAPS helpotti raportointia mm. niin, ettei tärkeitä asioita jäänyt kertomatta. (Elson, Ottewill ja Urban 2007.)

Synnytyspuolella on myös herätty pohtimaan synnytykseen liittyvää turvallisuutta ja mahdollista tarkistuslistan tarvetta. WHO (2013) onkin lähtenyt pilotoimaan kehitysmaihin suuntautuvaa tarkistuslistaa suuren synnytyskuolleisuuden ehkäisemiseksi. Suomessa synnytyksiin liittyviä tarkistuslistoja löytyy ainakin SOAT yhdistykseltä eli anestesiologiyhdistykseltä, jossa osallisena on obstetrisesta anestesiologiasta kiinnostuneita lääkäreitä. Heidän verkkosivuiltaan löytyy linkki tarkistuslistaan, jonka avulla voidaan tarkastella anestesiaa ja komplikaatioihin liittyviä asioita synnytyksessä. Esimerkiksi listaan on laitettu verenvuotoon, allergioihin ja nesteytyksiin liittyviä asioita. (Suomen obstetriset anestesiologit 2014.)

4 OPPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kooste matalan riskin synnytyksen kulusta ja siihen liittyvästä potilasturvallisuudesta. Viitekehyksenä opinnäytetyössä toimi matalan riskin eli säännöllisen alatiesynnytyksen eteneminen sekä äidin että vauvan kannalta. Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä ja opinnäytetyön tuotoksena laadittiin tarkistuslista matalan riskin synnytyksen hoitoon. Opinnäytetyötä työstettiin prosessikuvauksen mukaisesti.

Tarkistuslistasta syntyi ensin myös laajempi versio (liite 3), jota voi mahdollisesti jatkossa hyödyntää opiskelijaohjauksessa ja synnytysvalmennuksessa. Siinä on kerrottu yksityiskohtaisemmin jokaisen eri synnytyksen vaiheen hoidosta ja etenemisestä. Varsinaista viimeistä tarkistuslistan muotoa on jatkossa tarkoitus käyttää kätilön työkaluna matalan riskin synnytyksen hoidossa ja jatkohoidon arvioimisessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli potilasturvallisuuden lisääminen matalan riskin synnytyksen hoidossa ja hoidon ja jatkohoidon arvioiminen. Tarkistuslistan avulla pystytään lisäämään ja ylläpitämään niin äidin kuin lapsenkin turvallisuutta synnytyksen aikana ja mahdollisesti myös ehkäisemään synnytyksessä ilmaantuvia ongelmia. Tarkistuslistaa laatiessa otettiin huomioon potilaan saapuminen synnytyssaliin, synnytyksen hoito äidin ja sikiön hyvinvoinnin turvaamisen kannalta sekä lopulta siirto synnytyssalista lapsivuodeosastolle. Lisäksi opinnäytetyöllä ja tarkistuslistalla pyrittiin edistämään synnytyksen luonnollista kulkua.

Tavoitteet tilaajan näkökulmasta olivat seuraavat: tarkistuslista helpottaa ja tukee kätilön toimintaa matalan riskin synnytyksen hoidossa, kasvattaa potilasturvallisuuden edistämistä ja lisää riskinarviointia kätilöiden keskuudessa, mahdollisesti vaikuttaen synnytyksien turhien toimenpiteiden vähenemiseen. Se myös tukisi osastojen välistä yhteistyötä, sillä opinnäytetyössä olivat mukana synnytyssali ja lapsivuodeosasto. Tehty tarkistuslista tulee mahdollisesti käyttöön molemmille osastoille ja toimii näin ollen tiedonkulkua parantavana tekijänä erityisesti potilaan siirtohetkellä synnytyssalista lapsivuodeosastolle sekä kätilöiden raportoidessa potilaan tilannetta vuoronvaihtotilanteissa.

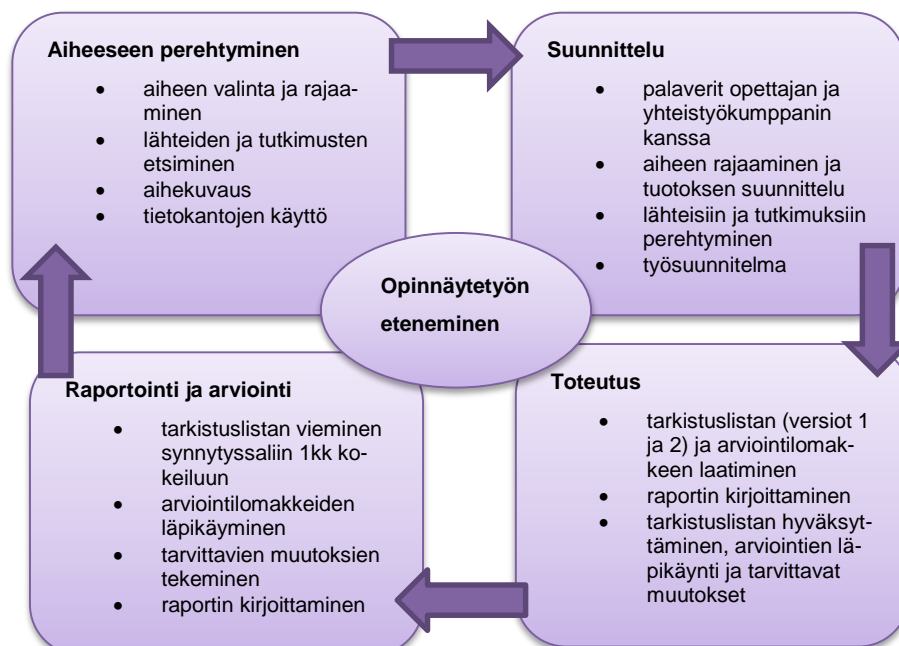
5 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN

Toiminnallinen työ eli kehittämistyö on tapahtuman tai tuotteen suunnittelua ja toteutusta. Kehittämistyö koostuu kahdesta osuudesta; kehitettävästä tuotteesta/tapahtumasta ja kirjallisesta raportista. Toteutustapa määräytyy kohderyhmän mukaan ja toiminnallisella opinnäytetyöllä on yleensä toimeksiantaja. Toiminnallinen osuus voi olla esimerkiksi tapahtuma, ryhmäkokoonntuminen, kirjanen, cd, kehittämissuunnitelma tai projekti. Raportissa tulee näkyville tuotteen/tapahtuman ideointi, suunnittelu, toteutus ja arviointi kehitetystä tapahtumasta tai työstä. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 21; Liukko 2013; Virtuaaliammatti-korkeakoulu 2014.)

Tämän opinnäytetyön suunniteltava ja toteutettava tuotoksena oli tarkistuslista matalan riskin synnytyksen kulusta. Tarkistuslistassa oli nostettu esille tärkeimmät riskinarviointia vaativat kohdat synnytyksen eri vaiheissa. Kirjallisena raporttina toimi opinnäytetyö, johon kirjoitettiin kaikki vaiheet ideoinnista arviointiin saakka. Opinnäytetyössä käytettiin etenemismenetelmänä prosessikuvausta.

5.1 Prosessikuvaus

Prosessi on tapahtumaketju, jonka osat liittyvät toisiinsa. Prosessi aiheuttaa aina lopputuloksen ja jonkin asteisen muutoksen. Tuotos on prosessin seurauksena syntynyt tuote tai sivutuote. Prosessikuvaus kertoo, miten prosessi on edennyt, mitä eri vaiheisiin on sisällytynyt sisällöllisesti ja, mitä työkaluja on käytetty, missäkin vaiheessa. Tarkistuslistaa voidaan käyttää prosessissa varmistamaan prosessin eri vaiheiden tapahtumista. (Laatuakatemia 2010; Juhta 2012.)



Kuvio 1. Prosessikuvaus, opinnäytetyön eteneminen, mukailten Jyväskylän yliopisto 2014

5.2 Aiheeseen perehtyminen

Opinnäytetyön tekemisen ensimmäinen vaihe on sopivan ja mielenkiintoisen tutkimusaiheen löytäminen sekä aiheeseen liittyvän tiedon ja ongelmakentän kartoittaminen. Tämän vaiheen keskeisiä osa-alueita ovat aiheen valinta, aiheen rajaaminen, aiempaan teorian tietoon ja tutkimuksiin tutustuminen sekä opinnäytetyön näkökulman valinta ja käsitteiden kartoitus. Näin opinnäytetyö jäsentyy mielekkäästi ja muodostuu selkeäksi kokonaisuudeksi. (Jyväskylän yliopisto, Koppa 2013).

Idea tähän opinnäytetyöaiheeseen tuli vastaavalta opettajalta, joka oli asiasta käynyt jo aikaisemmin keskustelua synnytyssalin osastonhoitajan kanssa. Lisäksi potilasturvallisuuden edistäminen ja matalan riskin synnytys olivat olleet aiheena kättilötyön päivillä ja MARISKI-projekti oli lähtenyt käyntiin, jolloin aihe katsottiin hyvin ajankohtaiseksi myös täällä Kuopiossa. Opinnäytetyön aihetta alettiin rajata alkuperäisestä ideasta, joka oli potilasturvallisuuden edistäminen matalan riskin synnytyksissä kättilön näkökulmasta. Vähitellen alkoi tulla idea hieman vastaavanlaisen tarkistuslistan kehittämisestä kuin leikkaussalissa on käytössä, jonka avulla voitaisiin edetä synnytyksessä ja samalla arvioida hoidon tarvetta. Aihekuvas saatiin valmiiksi kevään 2013 lopussa.

5.3 Suunnittelu

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa suunnitellaan yksityiskohtaisesti, miten opinnäytetyö etenee ja, mitä tutkimuksia ja teorian tietoa käytetään aineistona. Suunnittelun tuloksena tuotetaan kirjallisessa muodossa oleva työsuunnitelma. Työsuunnitelma on tiivistetty kuvaus opinnäytetyöstä, joka täsmentyy ja elää opinnäytetyön tekemisen yhteydessä. Hyvän työsuunnitelman laatiminen vaatii syvällisempää perehtymistä teoria- ja tutkimustietoon. Suunnitteluvaiheen keskeisiä osa-alueita ovat mm. näkökulman ja teoreettisen viitekehyksen täsmentäminen, käsitteiden täsmentäminen, aineiston kartuttaminen, työsuunnitelman ja aikataulun laatiminen sekä tutkimuskysymysten asettaminen. (Jyväskylän yliopisto, Koppa 2013.)

Suunnitteluvaihe lähti nopeasti käyntiin heti aihekuvauksen hyväksymisen jälkeen. Työsuunnitelman kirjoittaminen tapahtui syksyllä 2013. Tutkimuksia ja aineistoja etsittiin lisää koko syksyn ajan. Aineiston löytämiseen käytettiin useita tietokantoja ja useita erilaisia asiasanoja. Medic-tietokannasta saimme 83 osumaa asiasanoilla ”potilasturvallisuus” or ”synnytys” and ”matalan riskin”. Näistä löytyi vain kaksi työhön sopivaa teosta. Huonojen hakutulosten vuoksi lähdettiin muuttamaan hakusanoja niin, että etsittäisiin jokaiseen synnytyksen eri vaiheeseen liittyviä asioita. Joanna Briggs Institute EBP Database tietokannas-

sa tehtiin haku käyttämällä asiasanana "stage of labour". Näin saatiin 29 osumaa, joista löytyi neljä sopivaa hoitosuositusartikkelia.

Tärkeimpänä aineistonhakujärjestelmänä toimi CINAHL, jolla tehtiin useita erilaisia hakuja, kunnes löydettiin sopivat tutkimukset. Taulukko 1 (liite 1) on selventämässä käytettyjä asiasanoja ja osumia sekä antaa tietoa, miten aineistoa lähdettiin rajaamaan. Lisäksi hyviä lähteitä löytyi tarkastelemalla opinnäytetyöaiheeseen liittyvien artikkeleiden ja esitysten lähdeaineistoja. Myös Joanna Briggs Institute EBP Database tietokantaa käytettiin hakusanoilla "labor". Näin saatiin neljä sopivaa artikkelia.

Työsuunnitelma hyväksyttiin tammikuussa 2014, jolloin pidettiin myös esitys työsuunnitelmasta. Suunnitteluvaiheessa pohdittiin tulevan tarkistuslistan muotoa ja, millaisia asioita siihen tulisi laittaa. Lisäksi aikataulusuunnitelma laadittiin uusiksi loppuajalle, mikä hieman muuttui alkueräisestä.

5.4 Toteutus

Opinnäytetyön toteutus on usein kaikista työläin ja pisin vaihe. Tässä vaiheessa kerätään teorialtietoa ja etsitään tutkimustietoa sekä tuotetaan suunniteltu asia tai tapahtuma tai mahdollisesti toteutetaan tutkimus ja analysoidaan tulokset. Keskeisiä osa-alueita ovat: aineiston hankinta, aineiston analyysi, johtopäätösten ja tulkintojen tekeminen, päättely, tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys. (Jyväskylän yliopisto, Koppa 2013).

Tässä opinnäytetyössä toteutettavana osuutena oli tarkistuslista. Ennen tarkistuslistan kehittämistä täytyi etsiä mahdollisimman paljon teorialtietoa, tutustua käytäntöön synnytyssalissa ja etsiä erilaisista tutkimuksista (liite 2) esiin nostettavia asioita, jotka tukisivat tarkistuslistaa. Aineiston ja tutkimusten etsimistä jatkettiin edelleen ja niitä löytyi lisää jo olemassa olevien tutkimusten lähdeluetteloista. Lisäksi saatiin muutama hoitosuositus Kuopion yliopistolliselta sairaalalta. Tämän jälkeen tarkistuslistan kehittäminen voitiin kunnolla aloittaa.

Tarkistuslistan tekeminen aloitettiin kartoittamalla synnytyksen hoidon eri vaiheet: tulotilanne, synnytyksen käynnistyminen, avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe, kahden tunnin tarkkailu ja siirto lapsivuodeosastolle. Myös alkuun sovellettiin sopivien lähteiden pohjalta matalan riskin synnytyksen määritelmä. Tässä käytettiin lähteinä WHO:n määritelmää, Sanna-Kaisa Kukon määritelmää (MARISKI) ja Kuopion yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosaston tekemän hoito-ohjeen kautta löytyviä kriteereitä (Lapsen kriteerit matalamman hoitoisuuden huoneisiin).

Sopivan määritelmän jälkeen alettiin kirjata vaihe vaiheelta hoitotoimenpiteitä synnytyksen hoidon eri vaiheissa perusasioista lähtien. Tämä tuotti ensimmäisen version tarkistuslistasta, joka päätettiin myös laittaa liitteeksi opinnäytetyöhön, sillä se soveltuisi erityisesti opiskelijaohjaukseen ja synnytyksen kulun läpikäymiseen opiskelijoille tai synnytysvalmennuksessa. Tämä ensimmäinen versio (liite 3) ei välttämättä palvele kokeneita kättilöitä muuta kuin opiskelijaohjauksessa, perehdytyksessä ja muistilistana synnytyssalissa työssä aloittavilla. Ohjaavan opettajan palautteen jälkeen alettiin kehittää yksinkertaisempaa versiota, joka mahtuisi yhdelle sivulle ja sisältäisi asioita, jotka hyödyttävät myös kokeneempia kättilöitä. Tarkistuslistaa laatiessa oli otettava huomioon myös luettavuus. Asiaa ei voinut olla liikaa vaan oli keskityttävä olennaisiin, mahdollisiin riskikohtiin.

Tarkistuslistan (liite 4) valmistuttua ja hyväksynnän saatua opettajalta tehtiin arviointilomake (liite 5), johon arvioivat kättilöt voisivat laittaa palautetta. Arviointilomakkeen mukaan annettiin tarkistuslista, johon jokainen kättilö sai kirjoittaa kommentteja. Huhtikuussa 2014 vietiin virallinen tarkistuslista ja arviointilomake synnytyssaliin kokeiluun kesäkuun alkuun saakka.

5.5 Raportointi ja arviointi

Raportointi, arviointi ja julkistaminen ovat prosessin viimeinen vaihe ja päättävät työn. Tällöin kirjoitetaan lopullinen raportti, pyydetään arviointeja ja lopuksi julkaistaan tehty työ. (Jyväskylän yliopisto, Koppa 2013).

Kesäkuun alussa haettiin tarkistuslistat ja arviointilomakkeet kommentoituine tarkistuslistoineen synnytyssalista ja arviointilomakkeiden läpikäyminen voitiin aloittaa. Arviointilomakkeita tuli yhteensä 13 kappaletta. Kaikkiin lomakkeisiin ei ollut kirjoitettu jokaisesta kohdasta. Myöskään kaikki eivät olleet antaneet sekä numeroarviointia ja sanallista palautetta.

Arviointien pohjalta lähdettiin vielä muuttamaan tarkistuslistaa. Esimerkiksi luettavuutta parannettiin laittamalla erilainen luettelointi. Lisäksi joitain kohtia tiivistettiin tai yhdistettiin. Kaikkia arviointilomakkeissa tulleita kommentteja ei voitu toteuttaa, sillä osassa toivottiin hyvin yksityiskohtaista informaatiota tai joissain kohdissa oli kahdenlaista näkemystä, jolloin pidättäydyttiin niissä, mitä alun perinkin oli tarkastuslistassa ollut. Jokaisen arviointilomakkeen (liite 4) kohdan mukaisesti muodostettiin taulukko vastauksista ja arvosanoista.

Ensimmäisessä kohdassa tarkasteltiin tarkistuslistan visuaalista ilmettä (taulukko 1). Tämän kohdan vastausten perusteella, kättilöt olivat tyytyväisiä tarkistuslistan ulkonäköön. Toisessa

kohdassa kysyttiin kätilöiltä mielipidettä siihen, että onko tehty työ hyödyllinen (taulukko 2). Tämän kohdan vastauksista kävi ilmi, että työ oli selkeä, mutta silti toivottiin hieman tiivistämistä. Nämä parannusehdotukset otettiin huomioon tarkistuslistaa paranneltaessa. Kolmannessa kohdassa pyydettiin tarkastelemaan tarkistuslistan hyödyllisyyttä (taulukko 3). Näiden vastausten perusteella tarkistuslista on hyödyllinen niin hoidon arvioimisessa kuin jakohoidon arvioimisessa. Tarkistuslista myös helpotti synnytyksen hoitoa muistilistan tavoin ja auttoi kätilöä huomaamaan, onko kyseessä matalan vai korkean riskin synnytys. Neljännessä kohdassa pyydettiin kommenttia sisällöstä (taulukko 4). Tässä kohdassa tuli eniten kahta eri näkemystä. Toisten mielestä juuri oikeat ja tarvittavat asiat olivat esillä, toisten mielestä taas voisi vielä hieman tiivistää. Näitä toivomuksia otettiin myös huomioon tarkistuslistaa paranneltaessa.

Osa kätilöistä oli myös kommentoinut itse tarkistuslistaan joitain asioita. Näitä kommentteja löytyy taulukosta 5. Osa kysymyksistä oli hyödyllisiä ja niitä otettiin huomioon, mutta osa kysymyksistä oli sellaisia, että niihin vastaus oli jo olemassa, jos kätilöllä oli tietoutta kyseisestä aiheesta tai kätilö osasi tulkita tarkistuslistan alussa olevaa määritelmää oikein.

1. Visuaalinen ilme (värit, fontti, ulkoasu):

Arvosana (8 kpl): 4, 5, 4, 4, 5, 4, 4, 5 = **4.3**

Sanallinen arvio (8 kpl):

- "Siisti, täyden näköinen, asiat selkeästi."
- "Erittäin selkeä, näkee, että olette joko erittäin lahjakas tai tosi ahkera."
- "Violetti väri hyvä, vaaleanpunainen voisi olla vielä vaaleampi ☺, muuten ulkoasu hyvä, selkeä fontti!"
- "Kaunis väri, sopiva fontti."
- "Hyvät."
- "Fontti ehkä hieman isommalla, värit hyvät, onko liian lempeä aktiiviseen käyttöön?"
- "Selkeä."
- "Ulkoasu siisti. värit rauhalliset, helppo lukea."

Taulukko 1. Visuaalinen ilme – kohdan arvioinnit

2. Kaavion käytettävyys (selkeys, yksinkertaisuus, loogisuus)

Arvosana (8 kpl): 5, 4, 3, 5, 3, 4, 5, 4 = **4.1**

Sanallinen arvio (8 kpl):

- "Kriteerit kohta kohdalta hyvin kerrottu/selkeästi." "Hyvä!"
- "Olisiko suora luettelo parempi?"
- "Loogista, mutta paljon kysymyksiä."
- "Paljon asiaa, voiko tiivistää?"
- "Selkeä ja loogisesti etenevä, helppo käyttää."
- "Jatkuvuus hyvä!"
- "Etenee selkeästi ja johdonmukaisesti."

Taulukko 2. Kaavion käytettävyys – kohdan arvioinnit

3. Hyödyllisyys (oliko hyödyksi, auttoiko arvioimaan hoidon tarvetta ja huomaamaan matalan ja korkean riskin synnytyksen erot)

Arvosana (7kpl): 4, 5, 3, 4, 5, 4, 3 = **4**

Sanallinen arvio (12 kpl):

- "Varmasti alkuvaiheessa helpottaa arviomaan, kuka kuuluu matalan riskin synnyttäjiin"
- "Tulevaisuudessa tärkeä, koska kätilöillä paljon tehtäviä (tehtävä kuva laajenee), tehostaa toimintaa, yksilöllisyys, jatkohoidon suunnitteluun apuna."
- "Kyllä, kaikki oleelliset asiat."
- "OK!"
- "On hyödyllinen, pienellä muokkauksella hyvä työväline."
- "Erittäin hyödyllinen, nyt pysähtyy miettimään synnyttäjän hoidon tarvetta erilaisesta näkökulmasta."
- "Synnytyksen jälkeen arvioitu, onko synnytys ollut matalan riskin synnytys. Ei ole tullut mieleen synnytyksen aikana miettiä, onko matala vai korkea riski.."
- "Hyödyllinen tulevaisuudessa, kun arvioidaan aktiivisesti matalan riskin synnyttäjiä. Ajattellen, kun tulee os:lta kätilöitä."
- "Arvioimaan hoidon tarvetta? Ei oikeastaan, mutta huomaamaan matalan ja korkean riskin synnytyksen eroja, – kyllä."
- "Entä, jos käynnistetty balongilla=mekaaninen, ei lääkkeellinen. Voiko olla matalan riskin synnyttäjä?"
- "Tämä olisi hyvä apuväline jatkohoittoa arvioidessa."
- "käytännössä kyllä jäänyt vähäisemmäksi."

Taulukko 3. Hyödyllisyys – kohdan arvioinnit

4. Tarkistuslistan sisältö (Oliko riittävästi tietoa, asianmukainen, sisältääkö tarkistuslista ns. itsestään selviä asioita vai juuri tärkeimmät kohdat?)

Arvosana (4 kpl): 4, 3, 5, 3 = **3.8**

Sanallinen arvio (9 kpl):

- "Tärkeimmät kohdat esillä. Hyvä!"
- "Pientä tarkennusta toivoisin."
- "Riippuu, onko henkilökuntaa vai opiskelija."
- "Sisältö on riittävä, raskas lukea, asiat eivät yksinkertaisesti "komppaa"."
- "Ehkä voisi miettiä, voisiko vielä jotain tiivistää."
- "Oleellisia asioita nostettu kaavioon, juuri tärkeimpiä, kohtia otettu esille. Kuitenkin tulee tunne, että kaavioon tarvitsee kunnolla perehtyä ennen kuin löytää oleelliset asiat."
- "Kaikki mainitut asiat ovat tärkeitä."
- "Tulisi avata enemmän esim. mitä riskejä synn. ei lueta matalaksi, kuinka suuri repeämä saa olla, GDM, SGA.."
- "Jotkut kohdat vaativat tarkennusta."

Taulukko 4. Sisältö – kohdan arvioinnit

Osa muista tarkistuslistaan kirjoitetuista kommentteista

- Pitäisikö lääkkelliset kivunlievitykset eritellä?
- Voiko aktiivisen ja passiivisen ponnistusvaiheen otsikoida samaan?
- balonki?
- vihertävä lapsivesi?
- Mikä kivunlievitys siirtää äidin pois matalan riskin synnytyksestä?
- Pudentaalipuudutusta ei saa käyttää aktiivisessa!?
- Hypotyreoosi, astma, migreeni?
- Uudelleensynnyttäjän ikä?
- Mitä tapahtuu latenttivaiheelle?
- Voiko lääkkeelliset kivunlievitykset ottaa pois?
- Ponnistusvaiheen aika ei riitä, ensarit tippuu heti pois!?

Taulukko 5. Tarkistuslistaan kirjoitettuja kommentteja

6 POHDINTA

6.1 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä, jonka lopputuloksena syntyi tarkistuslista. Tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista matalan riskin synnytyksen hoidosta ja tavoitteena oli helpottaa kättilön työtä hoidon arvioimisessa ja matalan riskin synnytyksen hoitotyössä sekä edistää synnytyksen luonnollista kulkua samalla ottaen huomioon potilasturvallisuuden. Tilaajan päätavoitteena oli matalan riskin synnytyksen hoidon tietoisuus, ymmärtäminen, arvioiminen ja mahdollisesti hoitolinjojen yhtenäistäminen synnytyksen aikana. Lisäksi tilaaja toivoi potilasturvallisuuden paranemista ja keinoja siihen, miten potilasturvallisuutta voidaan edistää matalan riskin synnytyksissä.

Omia tavoitteita opinnäytetyölle olivat tietopohjan kasvaminen matalan ja korkean riskin synnytyksen hoidosta, hoidon arvioimisesta ja potilasturvallisuudesta. Lisäksi yksilökeskeisen toiminnan korostaminen käytännön harjoitteluissa ja omassa tulevassa työssä haluttiin kasvavan, jolloin jokainen synnyttävä voisi saada koko synnytyksen ajan hänelle sopivaa hoitoa luonnollista synnytystä tukien.

Potilasturvallisuus ja riskinarviointikyky ovat nykypäivänä yhä merkittävämpiä tekijöitä ja niiden hallinta on erityisen tärkeässä roolissa kättilön työssä, sillä kättilön työ on hyvin itsenäistä. Myös näiden osa-alueiden ymmärtäminen kehittyivät tätä opinnäytetyötä kirjoittaessa. Lisäksi tieteellinen kirjoitustaito ja kriittinen ajattelutapa kehittyivät opinnäytetyötä tehdessä, mikä tukee myös ammatillista kasvua kättilöksi ja, mahdollisesti myöhemmin jatko-opinnoissa. Tehty tarkistuslista tulee helpottamaan myös omaa työskentelyä synnytyksen hoidossa jo opiskelijavaiheessa, sekä myöhemmin valmiina kättilönä.

Tämä opinnäytetyö on toiminut ammatillisen osaamisen edistäjänä ja kasvattajana, sillä opinnäytetyössä pureuduttiin hyvin syvälle säännöllisen eli matalan riskin synnytyksen eri vaiheiden hoitoon. Opinnäytetyö antoi tulevana kättilönä paljon valmiuksia ja eväitä ammatilliseen kehittymiseen ja kasvuun. Esimerkiksi kättilötyön harjoitteluihin oli paljon helpompaa lähteä, kun oma tietopohja ja tietämys synnytyksen hoidosta olivat jo näin laajaksi muotoutuneet.

Opinnäytetyössä tuotiin esiin matalan riskin synnytyksen luonnollisen kulun edistäminen, joka on tällä hetkellä hyvin puhuttava aihe kättilöiden keskuudessa ja pohdittava myös tulevana kättilönä, miten tärkeää on korostaa synnytyksen luonnollisuutta ja positiivista osaa naisen elämässä. Edelleen hieman ristiriitaisuutta tuo kuitenkin se, että kivunlievityksiin on

kaikilla äideillä oikeus, mutta toisaalta taas esimerkiksi epiduraali ei tarkimpien matalan riskin synnytysten määrittelyjen mukaan kuulu kivunlievityskeinoihin. Kumpi on siis tärkeämpää: tarjota mahdollisimman kivutonta hoitoa vai edistää luonnollisia synnytyksiä?

Itselleni tärkeää on synnytyksen luonnollisen kulun edistäminen, sillä välillä tuntuu, että synnytyksestä, mikä on kautta aikojen ollut luonnollinen osa ihmisen elämää, on tehty hyvin sairaanhoidollista. Kaikelle ylimääräiselle synnytyksen kulkuun puuttuvalle toiminnalle pitäisi mielestäni olla hyvät perustelut ja äitejä pitäisi jo neuvola-ajasta lähtien tukea ajattelua, jossa synnytyksen luonnollista kulkua edistetään. Ehkä nykypäivänä tarjotaan liian helposti lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja, jolloin äidit ajattelevat sen kuuluvan normaaliin synnytyskulttuuriin. Toisaalta ymmärrän, että synnytyksissä halutaan tehdä kaikki mahdolliset toimenpiteet potilasturvallisuuden, miellyttävän synnytyskokemuksen ja synnytyksen aktiivisen kulun edistämiseksi. Hyvä olisi pitää mielessä myös taloudellinen näkökulma ”turhissa hoitotoimenpiteissä” synnytyksiä hoitaessa ja pohtia, voisiko siirtää varoja/resursseja esimerkiksi raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan ohjaukseen, jossa voimavarakeskeinen ajattelu perheen kohdalla voisi johtaa miellyttävään synnytyskokemukseen.

Tässä opinnäytetyössä haastavinta oli tutkimussuunnitelman laatiminen ja lähteiden löytäminen. Sopivien tutkimusten etsiminen oli työlästä ja lähes kaikki tutkimukset olivat englanninkielisiä, mikä vaati vielä enemmän aikaa. Lisäksi opinnäytetyön aihe oli kohtuullisen uusi asia Suomessa ja sopivan teoriapohjan etsiminen ja termien täsmentäminen asettivat haasteita. Lisäksi Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa ei ollut vielä määritelty varsinaisia matalan riskin synnytyksen kriteereitä, joten opinnäytetyön teoriaan vaadittiin tarkkaa tutkimustietoa ja paljon erilaisien hoitosuosituksien läpikäymistä. Niiden ja synnytyssalissa saatujen alustavien kriteerien pohjalta yleispätevät, tähän työhön sopivat kriteerit saatiin rakennettua.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tämän opinnäytetyön teoriapohjana käytettiin luotettavaa kirjallisuutta ja luotettavien tietokantojen artikkeleita ja tutkimuksia. Työtä tehdessä pidettiin mielessä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita. Näitä ohjeita olivat muun muassa: rehellisyys, luotettavuus ja tarkkuus käytettävien tutkimusten ja tulosten arvioinnissa, sopivat tiedonhankintamenetelmät, avoimuus tuloksissa sekä suunnitelman, toteutuksen ja raportoinnin yksityiskohtaisuus (Kuula 2004, 34–35).

Työssä pidettiin alusta asti mielessä, mitä kättilötyön etiikka sisältää, sillä työ tulisi käyttöön kättilöille synnytyssaliin. Kättilön työssä kättilöliiton asettamien eettisten periaatteiden lisäksi

myös sairaanhoitajan eettiset ohjeet ovat voimassa, sillä Suomessa kätilöille tulee myös sairaanhoitajien pätevyys (Leino-Kilpi 2004, 172–173). Kätilötyön keskeiset periaatteet antoivat pohjan myös tähän opinnäytetyöhön. Itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, turvallisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys ja omatoimisuus ovat kaikki tärkeitä arvoja ja periaatteita (Leino-Kilpi 2004, 173).

Tämän työn etenemisessä hyvin tärkeänä osana oli SWOT-analyysin (kuva 2) käyttäminen, sillä se havainnollisti hyvin tämän työn vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysin käyttäminen lisäsi omaa arvioimista ja luotettavuuden tarkastelua koko työskentelyn ajan, varsinkin raportin ja tarkistuslistan teossa. Lisäksi realistisuus ja toisaalta myös toiveikkuus työssä lisääntyivät analyysin avulla.

| | |
|--|--|
| Vahvuudet <ul style="list-style-type: none"> ○ tärkeä aihe kätilön työssä ○ konkreettinen väline kätilön työn kehittämiseen, potilasturvallisuuteen ja hoidon arvioimiseen ○ KYS:n synnytyssalille ei ole aiemmin vastavaa tehty | Heikkoudet <ul style="list-style-type: none"> ○ synnytyssalissa harjoittelua ei ollut vielä ollut työn aikana ○ ei omaa kosketuspintaa synnytyssalityöskentelyyn |
| Mahdollisuudet <ul style="list-style-type: none"> ○ käyttöön käytännön työhön ○ tarkistuslistan tekoon liittynyt arviointi lisää luotettavuutta ja käytettävyyttä ○ potilasturvallisuuden paraneminen kätilön työssä ○ hoidon arvioinnin lisääntyminen ○ turhien hoitotoimenpiteiden väheneminen | Uhat <ul style="list-style-type: none"> ○ lähteiden ja teoriatiedon luotettavuus ○ kokevatko kätilöt työtä parantavana välineenä ○ Suomessa ei vielä virallista määritelmää matalan riskin synnytykselle |

Kuvio 2. SWOT-analyysi

6.3 Opinnäytetyöprosessin ja tarkistuslistan oma-arviointi

Tässä opinnäytetyössä prosessinomainen eteneminen tuli hyvin näkyviin ja tuki omaa opimista. Eri vaiheet prosessissa pystyi hyvin jälkikäteen tunnistamaan ja kehitystä omassa ajattelussa tapahtui prosessin myötä niin tieteellisessä kirjoitustaidossa kuin tietopohjan karttumisessa ja kriittisyydessä. Työn aloitusvaiheessa oma tietämys synnytyksestä ja sen hoidosta oli hyvin pieni, mutta työn edetessä ymmärrys ja tietous kasvoivat merkittävästi. Prosessi oli edennyt koko ajan sopivalla nopeudella, eikä suurempia ongelmia työn edetessä ilmennyt. Työn lopputulos ja tavoitteet muotoutuivat koko prosessin ajan tietopohjan ja ymmärryksen kasvaessa kyseisestä aiheesta.

Tarkistuslistan lopulliseen versioon pystyi olemaan tyytyväinen. Arvioinneista tulleet palautteet toivat esiin työn merkityksen ja hyödyllisyyden. Tehty työpanos oli saanut positii-
vista palautetta ja jäsentänyt myös kanssaopiskelijoiden ajatuksia synnytyksen hoidosta. Keskustelut: hoidon arvioinnin merkityksestä koko synnytyksen hoidon ajan, luonnollisen synnytyksen kulun edistämisestä, jatkohoidon tarpeen arvioimisesta ja potilasturvallisuuden edistämisestä toivat myös rikkautta työn tekemiseen. Edellä mainitut keskustelut ovat myös herättäneet uudenlaisia ajatuksia niin opiskelijoissa kuin työskentelevissä kätilöissä sekä ohjannut kyseenalaistamaan rutiininomaista toimintaa.

Kuten Silfverberg (1998) toteaa teoksessa *Ideasta projektiksi*, että kehittämistyön prosessin tulokset saattavat näkyä vasta pitkänkin ajan päästä, sillä kehitysvaikutukset saadaan aikaiseksi vasta pitkän kehitysprosessin jälkeen. Tämän työn tuotoksella ja raportilla pystyy omalta osaltaan tuomaan vain tietoutta ja uutta näkökulmaa sekä uudenlaisen työkalun synnytyksen hoitoon. Se, että jääkö tarkistuslista käyttöön, on muiden käsissä.

6.4 Kehitysideoita

Jatkossa aiheeseen voisi perehtyä vielä tarkemmin osastotuntien, keskustelutilaisuuden tai vielä hiotumman tarkistuslistan muodossa. Esimerkiksi kätilötyön kehittämistyössä syventävissä opinnoissa, voitaisiin jatkaa tarkistuslistan kehittämistä vielä pidemmälle. Varsinkin jos Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa viralliset kriteerit matalan riskin synnytykselle olisi saatu jo määriteltyä. Tällöin tarkistuslista voitaisiin koota kokonaan Kuopion yliopistollisen sairaalan käytäntöjen ja ohjeiden mukaisesti. Tarkistuslistan edelleen parantaminen olisi parasta suorittaa syventävien opintojen kehittämistehtävässä, koska silloin kyseisellä tekijällä itsellään olisi jo kokemusta synnytysten hoidosta. Tällöin listan tekeminen ja ajattelu synnytyksen hoidon mukaisesti olisi huomattavasti helpompaa ja teorian soveltaminen käytäntöön luonnollisempaa. Jatkotyössä voisi keskittyä tarkemmin myös siihen, että kätilöiden hoitokäytännöt lähtevät yhtenäistymään, mikä vasta laitettiin alulle tällä opinnäytetyöllä ottamalla kriteerit ja riskikohdat esiin sekä herättämällä keskustelua rutiinikäytännöistä.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AHONEN, Pia 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 167. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

BITENDJIK, Simone S.E., JACOBS, Irma I.M., MAASSEN, Annelies J.E., MARTIJN, Lucie L.M., WENSING, Michel M. 2013. Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands. *Midwifery* 29 (1), 60-66.

CURRIE, Lynne JA RICHENS, Yana 2009. Exploring the perceptions of midwifery staff about safety culture. *British Journal of Midwifery* 17 (12), 783-790.

DAMIATI Nada, KVIST, Linda J., ROSENQVIST, Johanna, SANDIN-BOJÖ, Ann-Kristin 2011. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery* 27 (6), 188-194.

DAVIS, Deborah, BADDOCK, Sally, PAIRMAN, Sally, HUNTER, Marion, BENN, Cheryl, ANDERSON, Jacqui, DIXON, Lesley ja HERBISON Peter 2012. Risk of Severe Postpartum Hemorrhage in Low-Risk Childbearing Women in New Zealand: Exploring the Effect of Place of Birth and Comparing Third Stage Management of Labor. *Birth: Issues in Perinatal Care* 2012 39 (2): 98-105.

ELSON, Dawn, OTTEWIELL, Melanie, URBEN, Jane, 2007. Safe hand-over: safe care. *Rcm Midwives* 11 (7), 508–509.

GISSLER, Mika JA VUORI, Eija 2010. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2008–2009 –tilastotiedote [verkkojulkaisu]. Stakes. [Viitattu 2014-08-06.] Saatavissa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30_10.pdf

HAMILO, Marko 2013. Muisti pettää leikkaussalissakin – tarkistuslista pelastaa [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2014-08-04.] Saatavissa: <http://suomenkuvalehti.fi/jutut/ulkomaat/muisti-pettaa-leikkaussalissakin-tarkistuslista-pelastaa/>

HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

HELOVUO, Arto, KINNUNEN, Marina, PELTOMAA, Karolina ja PENNANEN, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus - Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy, 13-14.

HYNYNEN, Markku JA SALMENPERÄ, Markku 2013. Vähentääkö leikkaustiimin tarkistuslista leikkauskuollet-suutta? [verkkoartikkeli]. Pääkirjoitus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(2):110-2. [Viitattu 2014-07-14.] Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo10740&p_haku=tarkistuslista

IHME, Anu ja RAINTO, Satu 2014. Synnytyksen aikainen hoitotyö. Naisen terveys. Porvoo: Bookwell Oy, 300.

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO 2014. Tutkimusprosessi [verkkajulkaisu]. Avoimen yliopiston Koppa. [Viitattu 2013-11-6.] Saatavissa:

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi>

JUHTA-JULKISEN HALLINNON TIETOHALLINNON NEUVOTTELUKUNTA 2012. Prosessien kuvaaminen [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-07-06.] Saatavissa: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.doc>

KANSALLINEN ÄITIYSHUOLLON ASIANTUNTIJARYHMÄ 2013. Vastasyntyneen seuranta. Teoksessa KLEMENTTI, REIJA ja HAKULINEN-VIITANEN, Tuovi (toim.) Äitiysneuvolaopas. Tampere: Juvents Print-Suomen yliopistopaino, 262.

KNUUTILA, Jari JA TAMMINEN, Anna 2004. Turvallinen hoitoyksikkö – malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Terveydenhuollon laadunhallinta. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2004/2 [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-08-13]. Saatavissa:

http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1_.pdf

KUKKO, Sanna-Kaisa 2013a. Matalan riskin synnytys – diaesitys [verkkajulkaisu]. Kättilöpäivät, Tampere, 7.5.2013. Kättilöliitto. [Viitattu 2013-11-25.] Saatavissa:

http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Matalan_riskin_synnytys_2.pdf

KUKKO, Sanna-Kaisa ja PERTTU, Päivi 2013. Synnyttäjien toiveet huomioivassa hoidossa voidaan säästää turvallisuutta unohtamatta [verkkajulkaisu]. Kättilöpäivät Tampere 6.-7.5.2013. Suomen Kättilöliitto ry. [Viitattu 2013-11-25.] Saatavissa:

http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Kannanotto_2013.pdf

KUKKO, Sanna-Kaisa 2013b. Nykytilan kartoitus normaalisynnytyksen hoitamisessa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2013-12-12.] Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55492/Kukko_Sanna_Kaisa%20%20Nykytilan%20kartoitus%20normaalisynnytyksessa.pdf?sequence=1

KUULA, Arja 2006. Etiikka ja tieteen arvot. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 34–35.

LAATUAKATEMIA, 2010. Prosessi, prosessiorganisaatio ja prosessin ohjaus [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-07-06.] Saatavissa: <http://www.kotiposti.net/tuurala/prosessit.htm>

LEINO-KILPI, Helena 2004. Etiikka kättilötyössä. Etiikka hoitotyössä. Juva: Werner Söderström Bookwel Oy, 180.

LEINO-KILPI, Helena. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Julkaisussa KINNUNEN Marina ja PELTOMAA Karolina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 173–180.

LIUKKO, Satu 2013. Opinnäytetyön raportointiohje [verkkojulkaisu]. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2014-07-06.] Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyo/>

LUUKKAINEN, Päivi. 2011. Vastasyntynyt. Teoksessa YLIKORKKALA Olavi ja TAPANAINEN Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 326–334.

MERTANEN, Miia JA PITKÄNEN, Piia 2013. Tarkistulista hoitotyössä – hoitonetti. Opinnäytetyö. [Viitattu 2014-07-14.] Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68040/Mirja.Mertanen.Piia.Pitkanen.pdf?sequence=1>

MYÖHÄNEN, Arja, RINTALA, Eeva-Maria ja TURUNEN Kaisu-Elina 2009. Kättilöiden kokemuksia synnyttäjän turvallisuudesta säännöllisen synnytyksen aikana. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2013-12-12.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5678/Myohanen_Rintala_Turunen.pdf?sequence=1

PAJUKANGAS-VIITANEN, Maija 2004. Tiedolla, taidolla, tunteella [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-08-13.] Saatavissa: http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

PESONEN, Eero 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen [verkkoartikkeli]. Finnanest 1/2011. [Viitattu 2014-07-14.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf

RAIVIO, Kari 2011. Mikä syntymässä on niin ihmellistä? [verkkoartikkeli]. Duodecim 23/2011;127. [Viitattu 2014-07-06.] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/ezproxy.savonia-amk.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=D783DE15FFBF4FB073BB90B41CB763C2?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99925

RAUSSI-LEHTO, Eija 2012a. Syntymänaikainen kätilötyö. Teoksessa Paananen, Ulla-Kristiina, Pietiläinen, Sirkka, RauSSI-Lehto, Eija, Väyrynen Pirjo ja Äimälä Anna-Mari (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 206–209.

RAUSSI-LEHTO, Eija 2012b. Syntymän hoidon suunnittelu. Teoksessa Paananen, Ulla-Kristiina, Pietiläinen, Sirkka, RauSSI-Lehto, Eija, Väyrynen Pirjo ja Äimälä Anna-Mari (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 232-235.

RAUSSI-LEHTO, Eija 2012c. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, Ulla-Kristiina, Pietiläinen, Sirkka, RauSSI-Lehto, Eija, Väyrynen Pirjo ja Äimälä Anna-Mari (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 236–267.

RYTTYLÄINEN-KORHONEN, Katri 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa -hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisyksi [verkkajulkaisu]. Suomen kätilöliitto. [Viitattu 2013-12-12.] Saatavissa:

http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa_suositus_2011_versio3.pdf

SARIOLA, Anna ja TIKKANEN, Minna 2011. Normaali raskaus. Teoksessa YLIKORKKALA Olavi ja TAPANAINEN Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duode-cim, 315–325.

SAJAMO, Sinikka 2012. Kysymys, vastaus, varmistu! Tehy [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2014-07-14.] Saatavissa: <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2012/5-2012/kysymys-vastaus-varmistus/>

SILVENBERG, Paul 1998. Projekti suunnitelman rakenne ja sisältö. Ideasta projektiksi. Projektisuunnitelman käsikirja. Helsinki: Edita Oy, 50.

SUZUKI, Shunji, HIRAIZUMI, Yoshie, SATOMI, Misao ja MIYAKE Hidehiko 2011. Midwife-led care unit for 'low risk' pregnant women in a Japanese hospital. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 24 (8), 1046–1050.

Suomen obstetriset anestesiologit 2014. Synnytyssalin tarkistuslista [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-08-04.] Saatavissa:

http://soat.fi/index_files/ohjeet/Synnytyssalin%20tarkistuslista.pdf

SYNNYTYSSOSASTO 2301 2014. Lapsen kriteerit matalamman hoitoisuuden huoneisiin. Hoito-ohje. Kuopion yliopistollinen sairaala.

TAPPER, Anna-Maija 2013. Synnytyksiin liittyvät riskit. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 59.

TERVEYDENHUOLTOLAKI L 1326/ 2010. Finlex. Lainsäädäntö [verkkolähde]. [Viitattu 2014-08-05.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTION 2013a. First stage of labor [verkkolähde]. [Viitattu 2014-08-06]. Saatavissa: http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia-amk.fi/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=JMLCPDKIHGHFOBJOFNMKEBAGJIDBAA00&Link+Set=S.sh.46%7c16%7csl_190

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTION 2013b. Labor: second stage [verkkolähde]. [Viitattu 2014-08-06]. Saatavissa: http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia-amk.fi/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=JMLCPDKIHGHFOBJOFNMKEBAGJIDBAA00&Link+Set=S.sh.41%7c7%7csl_190

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTION 2013c. Third stage of labor [verkkolähde]. [Viitattu 2014-08-06]. Saatavissa: http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia-amk.fi/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=JMLCPDKIHGHFOBJOFNMKEBAGJIDBAA00&Link+Set=S.sh.41%7c13%7csl_190

TIITINEN, Aila 2013a. Normaali synnytys [verkkoartikkeli]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2014-08-06]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160

TIITINEN, Aila 2013b. Raskaus (normaali kulku) [verkkoartikkeli]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2014-08-06]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159

TIITINEN, Aila 2013c. Synnytyskivun hoito [verkkoartikkeli]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2014-08-19]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=synnytys&p_artikkeli=dlk00883

TIMONEN, Susanna 2007. Synnytyksen hoito [verkkoartikkeli]. Duodecim 19/2007;123. [Viitattu 2014-7-6.] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96780

VALLIMIES-PATOMÄKI, Marjukka. 2012. Raskaus ja synnytys tutkimuksen valossa. Teoksessa Paananen, Ulla-Kristiina, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija, Väyrynen Pirjo ja Äimälä Anna-Mari (toim.) Kättilötyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 63–64.

VEHVILÄINEN, Miia 2013. Säännöllisen synnytyksen hoito, hoito-ohje. Kuopion yliopistollinen sairaala.

VIRTANEN, Terhi 2011. Potilasturvallisuus ja asiakaskeisyys kättilötyössä [verkkoartikkeli]. Kättilölehti 6/2011. [Viitattu 2014-04-14.] Saatavissa: <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/6-2011-p.pdf>

VIRTUAALIAMMATTIKORKEAKOULU 2014. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. [Viitattu 2014-07-06.] Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1996. Care in normal birth: a practical guide [verkkojulkaisu]. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. [Viitattu 2014-07-14]. Saatavissa: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013. Safe childbirth checklist [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-07-14.] Saatavissa: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/>

VÄLIMÄKI, Maritta 2004. Johdanto. Etiikka hoitotyössä. Juva: Werner Söderström Bookwell Oy, 13-14.

VÄYRYNEN, Pirjo 2012a. Kättilötyön etiikkaa. Teoksessa Paananen, Ulla-Kristiina, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija, Väyrynen Pirjo ja Äimälä Anna-Mari (toim.) Kättilötyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 35.

VÄYRYNEN, Pirjo 2012b. Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen, Ulla-Kristiina, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija, Väyrynen Pirjo ja Äimälä Anna-Mari (toim.) Kättilötyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 182.

LIITE 1: ASIASANOJEN HAKEMINEN JA RAJAAMINEN

| Haun tunnus# | Hakusanat | Hakuvalinnat | Suoritettu viimeksi | Tulokset |
|--------------|--|--|--|----------|
| S7 | MH risk assessment AND MW midwif* | Rajoittimet - Englanti; Tutkimusartikkeli Hakutavat - Boolean lause- ke | EBSCOhost- tutkimustietokannat Tarkennettu haku Tietokanta - CINAHL with Full Text | 28 |
| S6 | (MH "Patient Safety") AND MW midwif* | Rajoittimet - Englanti; Tutkimusartikkeli Hakutavat - Boolean lause- ke | EBSCOhost- tutkimustietokannat Tarkennettu haku Tietokanta - CINAHL with Full Text | 29 |
| S5 | (MH "Patient Safety") AND MW midwif* | Rajoittimet - Englanti Hakutavat - Boolean lause- ke | EBSCOhost- tutkimustietokannat Tarkennettu haku Tietokanta - CINAHL with Full Text | 250 |
| S4 | (MH "Patient Safety") AND MW midwif* | Hakutavat - Boolean lause- ke | EBSCOhost- tutkimustietokannat Tarkennettu haku Tietokanta - CINAHL with Full Text | 250 |
| S3 | (MH "Patient Safety") | Hakutavat - Boolean lause- ke | EBSCOhost- tutkimustietokannat Tarkennettu haku Tietokanta - CINAHL with Full Text | 25,030 |
| S2 | ((MH "Labor Stage, Third") OR (MH "Labor Stage, Sec- ond") OR (MH "Labor Stage, First")) AND "risk factors" | Hakutavat - Boolean lause- ke | EBSCOhost- tutkimustietokannat Tarkennettu haku Tietokanta - CINAHL with Full Text | 58 |
| S1 | (MH "Labor Stage, Third") OR (MH "Labor Stage, Sec- ond") OR (MH "Labor Stage, First") | Hakutavat - Boolean lause- ke | EBSCOhost- tutkimustietokannat Tarkennettu haku Tietokanta - CINAHL with Full Text | 910 |

LIITE 2: TUTKIMUSTAULUKKO

| Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi | Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite | Tutkimusmenetelmä | Tutkimus-alue/otos | Tulokset/pohdinta |
|---|--|---|---|---|
| Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokeemukset Ahonen Pia, Turun yliopisto, 2001 | Saada tietoa matalan- ja korkeanriskin synnyttäjien odotuksista ja niiden välisistä eroista äitiyshuoltopalvelujen kehittämiseksi sekä kuvata heidän koke- muksiaan ja odotuksiaan. | Laadullinen tutkimus, pitkäkestoinen tutkimus | Turun ja Kuopion Yliopistollisten keskussairaaloiden äitiyspolin asiakkaat. | Matalan ja korkeanriskin synnyttäjien välillä ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja synnytysodotuksissa. Eniten hyötyä synnyttäjät olivat kokeneet kipulääkkeistä saadusta tiedosta. Eroa ryhmien välillä ilmeni synnytyskokemuksista; kipuihin sopeutumisesta, hoitohenkilökunnan päätöksenteosta, ja hallinnan tunteista. Tulosten perusteella nousi esille mm. seuraavia johtopäätöksiä: synnytysvalmennuksessa tulisi antaa tietoa kipulääkkeistä enemmän sekä kertoa enemmän synnytyksen kulusta. Henkilökunnan kiireeseen tulee kiinnittää huomiota. Synnyttäjän päätöksentekoa ja voimavaroja synnytyksessä tulisi kätilön tukea. Matalan- ja korkeanriskin synnyttäjien hoidossa ja mahdollisuuksissa on eroja. Esimerkiksi kätilön roolia ei saisi kaventaa ja lääkärin roolia laajentaa matalanriskin synnytyksessä. |
| Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth Damiani Nada, Kvist Linda J., Rosenqvist Johanna, Sandin-Bojö Ann-Kristin, 2010 | Mitata, missä määrin Ruotsin kätilöt dokumentoivat WHO:n hoitosuosituksen mukaisesti säännöllisessä synnytyksessä sekä verrata kätilöiden antamaa hoitoa synnytyksissä, jotka jaotellaan matalan ja korkean riskin mukaisesti. | Retrospektiivinen tutkimus | Kätilöt ja potilastiedot 144 matalanriskin synnyttäjistä ja 54 korkeanriskin synnyttäjistä Etelä-Ruotsissa näkökulmana WHO:n mukaiset suositukset | Riskinarviointia ei tehty rutiininomaisesti. Dokumentoinnissa matalan ja korkean riskin synnytyksissä on vain vähän. Hoidollisia toimenpiteitä kuten suonensisäinen nesteytys, jatkuva elektroninen sikiön seuranta ja kivunlievitykset olivat yleisesti käytössä, joita taas WHO ei suosittele käytettäväksi automaattisesti. Lääketieteellinen valmius synnytyksen hoidossa oli hoidon peruskäytäntö. Riskinarviointi synnyttäjän tullessa sairaalaan voi vaikuttaa annettavan hoidon tasoon ja näin ollen vähentää erilaisia käytäntöjä, joita WHO ei suosittele. |
| Midwife-led care unit for 'low risk' pregnant women in a Japanese hospital Shunji Suzuki, Yoshie Hiraizumi, Misao Satomi & Hidehiko Miyake, 2011 | Tutkia mitä merkitystä/ onko merkitystä matalan riskin synnyttäjän synnytyksen hoidossa verrattaessa kätilöjohtoista ja obstetrisesti hoidettua synnytystä | Retrospektiivinen (takautuva) kohorttitutkimus | Potilasaineisto Japanese Red Cross Katsushika Maternity Hospitalista huhtikuu 2008-maaliskuu 2010 välillä, 1031 raskaana olevaa naista, joiden synnytys oli ennalta luokiteltu matalan riskin synnytykseksi | Keskimääräinen synnytyksen pituus oli kätilöjohtoisessa synnytyksessä merkittävästi pidempi kuin obstetrisesti hoidetussa synnytyksessä, mutta pitkittyneen synnytyksen pituudessa (>24h) ei ollut merkittäviä eroja. Muita merkittäviä obstetrisia tai neonataalisia eroja ei todettu. Todisteita kätilöjohtoisen matalan riskin synnytyksen hoidon turvattomuudesta ei löytynyt. |
| Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands Buitendijk Simone S.E, Jacobs, Irma | Matalanriskin synnyttäjän potilasturvallisuudessa esiintyvien vaaratilanteiden kuvaaminen ja | Monimenetelmäinen tutkimus, Systemaattinen tutkimus | Alankomaissa 1000 matalanriskin synnyttäjän potilastiedot vuodelta 2009, kätilöiden ilmoitukset vaaratilanteista | Potilasurvallisuudessa esiintyviä riskikohtia oli vähän matalan riskin synnytyksissä. Tosin parannettavaakin löytyi, kuten potilaan riskinarvioinnin parempi toteuttaminen ja suosituksissa pysyminen, parempi puuttaminen tiedossa oleviin elämäntapojen |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| I.M., Maassen Annelies J.E., Martijn, Lucie L.M., Wensing Michel M., 2013 | ominaispiirteet sekä huomioita- vien asioiden esille tuominen | | kahden viikon ajalta sekä kysely- lomake koskien turvallisuuskulttu- uria | riskitekijöihin potilaalla sekä kättilön parempi saatavuus synnytyksen aikana. Potilastiedoista löytyvien tietojen perusteella mahdollisuus vaaratilan- teisiin matalanriskinsynnyttäjällä oli 8,6%.Suurin osa vaaratilanteista koski saatua kohtelua ja organisatori- sia tekijöitä. |
| Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: Explor- ing the effect of place of birth and comparing third stage man- agement of labor Davis Deborah, Baddock Sally, Pairman Sally, Hunter Marion, Benn Cheryl, Anderson Jacqui, Dixon Lesley, Herbison Peter, 2012. | Tutkia synnytys- paikan vaikutus- ta synnytyksen jälkeiseen ve- renvuotoon ja synnytyksen jälkeisvaiheen hoidon vaikutus- ta vakavaan synnytyksen jälkeiseen ve- renvuotoon | Kohorttitut- kimus | New Zealand College of Midwi- ves:n tietokannas- ta 16,210 matalan riskin synnyttäjän tietoja vuosilta 2006–2007. Syn- nytyksen jälkeis- vaiheen hoitoa ja verenhukan mää- rää verrataan ikään, pariteettiin, etnisyyteen, tupa- kointiin, synnytyk- sen pituuteen, synnytystapaan, episiotomiaan, välilihan traumaan ja vastasyntyneen painoon (yli 4000 g) | Tutkimusaineistosta 1,32 %:lla arvioi- ttiin verenvuodon olevan yli 1000 ml:aa. Synnytyspaikka ei vaikuta yli 1000 ml:n verenhukan riskiin. Niillä synnyttäjillä, joiden jälkeisvaihetta hoidettiin aktiivisesti, oli kaksi kertaa suurempi riski menettää yli 1000 ml verta verrattuna niihin naisiin, joiden istukka irtosi fysiologisesti. |
| Safe hand-over: safe care Elson Dawn, Ottewill Melanie, Urban Jane, 2007 | Raportoinnin parantaminen vuoronvaihdos- sa tarkistuslistan avulla vakavien turvallisuusris- kien vähentä- miseksi. Vuo- ronvaihdossa tapahtuvien informaatioiden katoaminen ja vajavaisuus selvisi potilas- turvallisuutta koskevasta tutkimuksesta yhden vuoden ajalta, jonka vastineeksi kyseinen arkis- tulistat kehitel- tiin.. | Toiminnalli- nen tutki- mus, kehit- tämistyö | Tutkimus suorit- taan Trust- opetussairaala Englannissa, Ensin järjestetään tiimi tekemään CHAPS tarkistus- lista SBAR työka- lun pohjalta. Lo- pulta tarkistuslis- tan ollessa käy- tössä kerätään kättilöiden koke- mukset CHAPS tarkistuslistasta. | Tutkimus osoitti, että vuoronvaihtoti- lanteiden raportointi parani tarkistus- listan avulla. Osa koki taskukokoisen tarkistuslistan olevan kätevä mukana kulkeva työkalu. Vaikka suoraa syy- yhteyttä tarkistuslistan käytölle ja vähentyneille vaaratilanteille ei voida osoittaa, uskotaan CHAPS työkalulla olevan suuri merkitys siinä. |
| Exploring the perceptions of midwifery staff about safety culture Currie Lynne, Richens Yana, 2009 | Kuvata kättilöi- den käsityksiä turvallisuuskult- tuurista ja tehdä suosituksia turvallisuuskult- tuurin kehittämi- seen, joka hyö- dyttäisi asiakkai- ta, työntekijöitä ja organisaatio- ta. | Laadullinen, naturalisti- nen, feno- menologinen tutkimus | Vapaaehtoiset 5 osastonhoitajaa, 6 kättilöä, 17 kättilö- opiskelijaa ja 5 kättilön työhön liittyvää henkilö- kunnan jäsentä. Tiedot kerättiin kohderyhmiltä ja analysoitiin te- maattisella lähes- tymistavalla. | Organisaation tulee varmistaa, että kaikilla henkilökunnan jäsenillä on oikeus tehdä vaaratilanneilmoituksia; systemaattinen palaute vaikuttaa oppimiseen kaikilla henkilöstön tasoil- la; kohdennettua viestinnän ja turval- lisuuden ydinosaamista koulutusta tarjolla osastonhoitajille; ennakkoivaa koulutusta kaikille klinikan henkilös- tölle, jotta lisätään riskitietoisuutta; potilasturvallisuus asetetaan ensisijal- le hallitustasolla. |
| Nykytilan kartoi- | Tarkoituksena | Kvantitatiivi- | Perusjoukko | Normaalisynnytys voi tarkoittaa eri |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>tus normaali-synnytyksen hoitamisessa</p> <p>Kukko Sanna-Kaisa, 2013</p> | <p>kartoittaa Tays:n naistentautien ja synnytysten vastuualueella työskentelevien kätilöiden ja lääkäreiden käsityksiä normaalisynnytyksestä ja sen hoitamisesta. Tavoitteena parantaa potilaan saamaa hoitoa, kun oikea hoito voidaan kohdentaa oikealle potilaalle.</p> | <p>nen kyselytutkimus, aineiston keräys verkopohjaisella puolistrukturoidulla kyselylomakkeella</p> | <p>Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten vastuualueella toimivat kätilöt (n=147) ja lääkärit (n=37). Otos koko perusjoukko.</p> | <p>ihmisille eri asioita. Mielenkiintoista, että lääkärit määrittelevät käynnistetyt synnytykset normaaleiksi. 81% samaa mieltä verrattuna WHO:n määritelmään normaalisynnytyksestä.</p> <p>Hoito toteutuu pääosin WHO:n suositusten mukaisesti. Synnyttäjää kuunnellaan, kipua lievitetään ja synnytystä seurataan käyttämällä sekä käden- taitoja että teknisiä apuvälineitä (ktg). WHO ei suosittele Valsalva- menetelmän käyttöä - 78 % vastaajista käytti. Ravinnon antamisen rajoittamista WHO ei suosittele - vastaajat perustelivat rajoittamista, että toimenpiteitä pelätään ja ravinnotta pidetään jos ktg:ssä poikkeavuutta. Oksitosiinia käytetään yli puolessa kaikista synnytyksistä käynnistämään tai vauhdittamaan synnytystä. 21% aloitti oksitosiinin ilman mitään lääketieteellistä perustetta, 7 % rutiininomaisesti puudutuksen jälkeen.</p> <p>Systemaattisessa katsauksessa esille tulleet seikat, jotka vaikuttavat synnytyksen aikaisten interventioiden vähentämiseen, ovat kätilöjohtoinen yksikkö, ikä, koulutus ja asenne.</p> |
|--|---|---|---|--|

LIITE 3: TARKISTUSLISTAN ENSIMMÄINEN VERSIO

Tarkistuslista

Matalanriskin synnytyksen hoitoon

Matalanriskin synnytys määritelmä:

- ✓ Alatiesynnytys raskausviikot 37-42, yksisikiöinen raskaus
- ✓ Äidin ikä 18-40 (ensisynnyttäjät), ennen raskautta BMI alle 35
- ✓ spontaanisti käynnistyvä synnytys, pää tarjoutuvana osana
- ✓ Tulo ktg normaali
- ✓ Lapsivedenmeno alle 18h, ei infektion merkkejä, normaali lapsivesi
- ✓ Ei aiempia obstetrisia komplikaatioita eikä sairautta, jolla olisi synnytyksen hoidon kannalta merkitystä
- ✓ voi olla gbs+
- ✓ synnytyksen riskit pysyy matalana läpi synnytyksen

Esitietojen tarkistus

- tulossyn selittäminen
- neuvolakortin tarkastus
- **onko matalanriskin synnytys?**
- synnyttäjän oma kertomus ja toiveiden huomioiminen
- synnytyssuunnitelman laatiminen
- tulotilanne
 - ktg
 - virtsanäyte
 - verenpaine, pulssi, lämpö
 - vointi
 - kivunlievitys tarpeen arviointi
 - Supistusten voimakkuus, kesto, tiheys, säännöllisyys
- ulkotutkimus
 - äidin lantio suhteessa sikiön tilaan ja tarjontaan
- raivotarjonta
- sisätutkimus
 - kohdunsuu
 - kohdunkaulankanava
 - tarjoutuvan osan korkeus
 - lapsivesi
 - mennyt (alle 18h) tai ei vielä mennyt
 - normaali väri ja kirkkaus

Latenttivaihe:

Säännöllisiä tai epäsäännöllisiä supistuksia

heikkoja supistuksia

Latenttivaiheessa: säännöllinen tilannearvio, kivunlievityksen tarpeen selvitys, tukeminen ja kannustaminen, ktg

Aktiivinen vaihe:

säännöllisiä supistuksia (5-10minvälein)

voimakkaita supistuksia

kohdunsuu auki 3-4cm

Avautumisvaihe

Äidin vointi

- **Yleisvoinnin seuraaminen**
 - verenpaine, pulssi, lämpö
 - tuntemukset, vointi
 - Perustarpeista huolehtiminen
 - syöminen ja juominen
 - pissaaminen
 - katetrointi, jos pissaaminen ei onnistu spontaanisti yrityksistä huolimatta
- **Kivunhoito ➡ tue lääkkeettömään kivunhoitoon**
 - lämpö/kylmä (geelipussit)
 - vesi (suihku, amme), aquarakkulat
 - asennot, liikkuminen ja hengittäminen
 - hieronta, musiikki, TENS
 - tukihenkilön paikalla oleminen, kätien läsnäolo
 - **Lääkkeellisiä menetelmiä (ei matalan riskin synnytys)**
 - ilokaasu
 - epiduraalipuudutus
 - spinaalipuudutus
 - PCB
 - Pudentaalipuudutus (ponnistusvaihe)
- **Synnytyksen etenemisen seuraaminen**
 - sisätutkimus tarvittaessa
 - supistusten seuraaminen
 - tiheys
 - voimakkuus
 - kesto
- **Sikiön vointi**
 - ktg
 - 15 min 2h välein
 - vedenmenon jälkeen
 - juuri ennen puudutusta, puudutuksen aikana, 30 min puudutuksen jälkeen
 - 20 min välein kuunnellaan sydänäänet 1-2 min ajan supistuksen yli
 - lapsiveden väri ja kirkkaus

Ponnistusvaihe

- ✓ kohdunsuu täysin auki (10 cm)
- ✓ sikiön pää matalalla

• Sikiön vointi

- ktg, scalp
- lapsiveden väri
- tila ja tarjonta
- oikeat otteet ulosautossa
- annetaan vauva äidin rinnalle
- napanuoran sulkeminen ja katkaiseminen, näytteenotto

• Äidin vointi

- ponnistusasento, välttä selkääsentoa!
- valsalva-menetelmä
- nesteytys
- kivunlievitys
- välilihan tukeminen
- spontaanin ponnistuksen tukeminen
- annetaan lapsen laskeutua rauhassa
- ponnistusuunnan ohjaaminen
- episiotomia

Vastasyntyneen adaptaatio

- **Elinjärjestelmien muutosten tukeminen**
 - lämmönhukan estäminen
 - kuivaa
 - stimuloi
 - ota lämpö
 - apgar-pisteet:
 - hengitys
 - väri
 - jäntevyys
 - ärtyvyys
 - syke
 - seuraa vauvan yleisvointia
 - tarkistetaan
 - synnytyspahka ja sen muovautuminen
 - suu (kitalaki, hampaat)
 - syntymämerkit
 - selkä ja raajat
 - peräsuoli
 - paino
 - päänympärys
 - lämpö
 - pulssi
 - hengitysfrekvenssi
 - annetaan K-vitamiini

Jälkeisvaihe

- **äidin synnytyksen jälkeinen hoito**
 - autetaan istukka syntymään rauhassa
 - tarkkaillaan verenvuotoa (norm. 500 ml)
 - painetaan kohtua
 - äidin voinnin tarkistaminen säännöllisesti
 - kohtua supistavat lääkkeet
 - repeämien hoito
 - repeämäasteen arvioiminen
 - puudutus
 - ompelu
 - istukan tarkastaminen
 - kalvojen ja istukan eheys
 - kolme suonta napanuorassa
 - napanuoran lähtökohta istukasta

Kahden tunnin tarkkailuvaihe

- **synnytyksestä toipuminen**
 - kohdun supistumisen seuraaminen
 - vuodon tarkkailu
 - yleisvointi
 - verenpaine
 - pulssi
 - lämpö
 - virtsaamisen tukeminen
 - ensi-imetys
 - synnytyksen läpikäyminen

MUISTA!

Kirjaaminen säännöllisesti
 Vilkaise kelloa, kun säännölliset
 supistukset alkavat, vauva syntyy
 ja jälkeiset syntyvät
 Läsnäolosi luo turvallisuuden tunnetta
 Tukihenkilön huomioiminen

LIITE 4: TARKISTUSLISTA

Matalan riskin synnytyksen yleinen määritelmä:

- Alatiesynnytys rv 37-42, yksisikiöinen, säännöllinen raskaus
- Äidin ikä 18-40 (ensisynnyttäjät), ennen raskautta BMI alle 35
- Spontaanisti käynnistynyt synnytys, raivotarjonta
- Tulo KTG normaali
- Lapsivedenmeno alle 18h, ei infektion merkkejä, normaali lapsivesi
- Perusterve, aiemmat synnytykset säännöllisiä tai ei merkittäviä obstetrisia komplikaatioita
- Voi olla gbs positiivinen edellyttäen antibioottiprofylaksiaa synnytyksen aikana
- Synnytyksen riskit pysyvät matalana läpi synnytyksen
- Synnytyksen jälkeen äiti ja vauva voivat hyvin

Tulotilanne

- Synnytys käynnissä, ei latenttivaihe
- Matalan riskin synnytyksen määritelmä täyttyy
- Säännöllinen raskaus, neuvolakortin tarkastus
- Ulkotutkimus ja sisätutkimus ei tuo esiin poikkeavuuksia
- KTG, sikiön vointi hyvä
- Äidin yleisvointi hyvä

Jos kriteerit täyttyvät,
voit edetä

Avautumisvaihe

- Kesto max. ensisynnyttäjä 20h, uudelleensynnyttäjä 14h
- Synnytys etenee, kohdunsuu avautuu noin 1cm/h
- Peruselintoiminnot kunnossa, äidin yleisvointi hyvä
- Ravitus ja erittäminen onnistuvat
- Kivunhoito: ensisijaisesti kätilytyön menetelmät, mahdolliset lääkkeelliset kivunlievitykset tapauskohtaisesti
- KTG, sikiön vointi hyvä

Jos kriteerit täyttyvät,
voit edetä

Ponnistusvaihe, passiivinen ja aktiivinen

- Ponnistusvaihe kestää yht. 2h, (sis. passiivinen ja aktiivinen)
- Passiivisen vaiheen kestoosuus noin 1h, ylittyessä obstetrikon konsultaatio
- Kätilytyön kivunhoitomenetelmät, pudendaalipuudutus sallitaan
- Peruselintoiminnot kunnossa, äidin yleisvointi hyvä
- Ravitus ja erittäminen onnistuvat
- KTG, sikiön vointi hyvä
- **Aktiiviseen ponnistamiseen siirtyminen vasta pään painaessa välilihaa**
- Pään syntymisen kontrollointi ja välilihan tukeminen ja tarvittaessa episiotomia, pieni repeämä sallitaan

Jos kriteerit täyttyvät,
voit edetä

Jälkeisvaihe ja tarkkailu**Äiti**

- Jälkeiset ovat täydelliset
- Verenvuoto <1000ml, kohtu hyvin supistunut
- Yleisvointi hyvä, virtsaus onnistuu

Ensi-imetys
varhainen
vuorovaikutus
ihokontakti

Vastasyntynyt

- Yleisvointi hyvä
- Vireystila hyvä
- Apgar-pisteet väh. 7
- Napa-arteria pH≥7.10

Jos kaavion kriteerit eivät täyty:

- Arvioi tilanne
- Tarvittaessa konsultoi obstetrikkoa
- Obstetrikon päätös hoidon jatkamisesta kaavion mukaisesti tai siirtyminen korkean riskin synnytyksen hoitoon
- Tarvittaessa konsultoi pediatria

**Äidin, lapsen ja
tukihenkilön siirto
lapsivuodeosastolle
matalan riskin
potilaana**

Jos
kriteerit
täyttyvät,
voit edetä

LIITE 5: ARVIOINTILOMAKE

Matalan riskin synnytyksen tarkistuslistan arviointilomake

Voit arvioida alla olevia kohtia asteikolla 1-5 (1=välttävä, 2=tydyttävä, 3=kohtalainen, 4=hyvä, 5=kiitettävä). Toivomme myös sanallista palautetta!

1. Visuaalinen ilme (värit, fontti, ulkoasu)

2. Kaavion käytettävyys (selkeys, yksinkertaisuus, loogisuus)

3. Hyödyllisyys (oliko hyödyksi synnytyksen hoidossa, auttoiko arvioimaan hoidon tarvetta ja huomaamaan matalan ja korkean riskin synnytyksen eroja?)

4. Sisältö (riittävä, asianmukainen, sisältääkö kaavio ns. itsestään selviä asioita vai juuri tärkeimmät kohdat?)

Kiitos vastauksistasi! 😊